

Tribunale Siracusa Sez. II, Sent., 01/03/2022

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO DI SIRACUSA
SECONDA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Gabriele Patti
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. r.g. 1241/2015 promossa da:

C.S. (C.F.: (...)), residente in (...), C.G. (C.F.: (...)), residente in (...), C.G. (C.F.: (...)), residente in (...), elettivamente domiciliati in (...), presso lo studio dell'avv. (...), che, unitamente all'avv. (...), li rappresenta e difende, giusta procura in atti;

ATTORI

contro

A.S.P. DI S. (C.F. E P.IVA: (...)), con sede in (...), elettivamente domiciliata in (...), via (...), presso lo studio dell'avv. (...), rappresentata e difesa dall'avv. (...), giusta procura in atti;

CONVENUTA

L.V. (C.F.: (...)), residente in (...), elettivamente domiciliata in (...), via (...), presso lo studio dell'avv. (...), che la rappresenta e difende, giusta procura in atti;

CONVENUTA

G.I. S.P.A. (P.IVA: (...)), con sede in (...), elettivamente domiciliata in (...), presso lo studio dell'avv. (...), che la rappresenta e difende, giusta procura in atti;

TERZA CHIAMATA

Svolgimento del processo - Motivi della decisione

1. Con citazione del marzo 2015 C.G., C.S. e C.G. hanno convenuto in giudizio l'A.S.P. di S. (d'ora in avanti A.S.) e L.V., chiedendone la condanna al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali conseguenti al decesso di D.N., rispettivamente coniuge del primo e madre dei secondi.

In proposito, gli attori hanno sostenuto che la predetta congiunta, già affetta da ipertensione e depressione, avrebbe lamentato a partire dal dicembre 2011 sintomi quali astenia, alterazioni algiche della diuresi e dolori addominali.

Secondo la ricostruzione attorea, nonostante di tali circostanze D.N. avesse messo al corrente il proprio medico curante L.V., quest'ultima avrebbe inizialmente prescritto alla paziente esclusivamente farmaci antibiotici in assenza di qualsivoglia esame obiettivo, omettendo la prescrizione di esami ematologici e strumentali fino al marzo 2013.

I signori C. hanno poi rappresentato che, disposta solo in data 18.3.2013 l'esecuzione di esami ematochimici ed acquisite le risultanze dell'esame ecografico del 22.3.2013, la citata congiunta si era sottoposta ad ulteriori visite di controllo presso l'O.C. e presso la struttura del V.E.C., ricevendo la diagnosi di neoformazione adenocarcinomatosa epatica bilobare non aggredibile chirurgicamente.

Tanto premesso, gli attori in epigrafe hanno sostenuto che il decesso di D.N., intervenuto in data 15.6.2013, sarebbe addebitabile alla condotta negligente ed imperita del medico curante, la quale avrebbe colpevolmente omesso di effettuare ogni esame obiettivo sulla paziente, sottostimando la sintomatologia descritta da quest'ultima e limitandosi a prescrivere terapia inidonea alla risoluzione dei disturbi lamentati, e si sarebbe astenuta dalla prescrizione dei doverosi esami di laboratorio e strumentali, ritardando in via consequenziale la corretta diagnosi neoplastica e pregiudicando la speranza di vita della paziente stessa.

Per tali ragioni, i signori C.G., C.G. e C.S. hanno chiesto condannarsi L.V. e l'A.S. in solido, rispettivamente, al risarcimento di €. 110.837,94 a titolo di danno patrimoniale da perdita della indennità pensionistica già spettante a D.N. e di €. 326.150,00 a titolo di danno non patrimoniale da perdita di congiunto, quanto al primo, ed al risarcimento di €. 326.150,00 ciascuno a titolo di danno non patrimoniale da perdita di congiunto, quanto ai secondi.

In via meramente subordinata, gli attori hanno chiesto condannarsi i predetti convenuti al risarcimento del pregiudizio correlato alla perdita, da parte della paziente, delle chance di sopravvivenza o di migliore qualità della vita residua.

Con comparsa di costituzione e risposta del giugno 2015 si è costituita in giudizio l'A.S.P. di S., eccependo preliminarmente il proprio difetto di legittimazione passiva, tenuto conto della ascrivibilità della condotta censurata da parte attrice alla sola L.V., medico curante di D.N. ed operante in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale, sprovvisto sul punto di qualsivoglia potere di controllo, vigilanza e direzione.

Nel merito, la struttura sanitaria ha chiesto il rigetto della domanda attorea, rilevando l'insussistenza dei presupposti della fattispecie risarcitoria dedotta.

Con comparsa di costituzione e risposta del giugno 2015 si è altresì costituita L.V., la quale ha chiesto, in via principale, dichiararsi l'infondatezza di ogni pretesa avversaria, in ragione della assenza di profili di negligenza e imprudenza nel proprio operato ed in ragione del difetto del nesso eziologico tra la condotta tenuta e l'evento dannoso lamentato, e, per il caso di accoglimento della domanda attorea, autorizzarsi la chiamata in giudizio di G.I. s.p.a. (già I.A. s.p.a.) al fine di essere manlevata da quest'ultima da ogni eventuale condanna al pagamento in favore di controparte.

In seguito al differimento della prima udienza di trattazione, si è costituita in giudizio anche la citata compagnia assicurativa, associandosi alle difese dei convenuti ed opponendosi alle istanze di parte attrice.

All'esito del deposito delle memorie istruttorie, la causa è stata istruita mediante prova testimoniale e consulenza tecnica d'ufficio e, all'udienza del 12.7.2021 - la prima ed unica tenutasi davanti a questo giudice -, il procedimento è stato trattenuto in decisione con l'assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.

2. Nel merito, si osserva che gli odierni attori hanno richiesto il risarcimento sia iure hereditatis per i danni ritenuti già subiti dalla de cuius D.N. sia iure proprio per i pregiudizi di carattere patrimoniale e non patrimoniale ritenuti patiti in conseguenza del decesso della loro stretta congiunta.

Sotto il primo profilo, venendo in questione la medesima pretesa risarcitoria facente capo alla paziente, l'accertamento della sua fondatezza deve condursi secondo il regime giuridico proprio della responsabilità contrattuale, in ordine agli aspetti della ripartizione dell'onere della prova, del grado di colpa e della prescrizione, tipici delle obbligazioni da contratto d'opera professionale. Ed infatti, rispetto alla struttura sanitaria, la fonte di responsabilità contrattuale deve individuarsi nel contratto atipico di "spedalità", che viene ad esistenza al momento dell'accettazione del paziente nella struttura, con il contestuale sorgere sia delle prestazioni principali di carattere sanitario sia di quelle secondarie accessorie, assistenziali e lato sensu alberghiere.

Siffatto regime contrattuale si applica sia per i fatti di inadempimento propri della struttura, da ricondursi all'art. 1218 c.c., sia per le condotte dei medici dei quali la stessa si avvale, in applicazione dell'art. 1228 c.c., in tema di responsabilità del debitore per fatti dolosi o colposi degli ausiliari.

A tal proposito, si rileva che, conformemente alla più condivisibile giurisprudenza di legittimità - richiamata anche da parte attrice -, l'azienda sanitaria facente capo al Servizio Sanitario Nazionale risponde ex art. 1228 c.c. del fatto compiuto dal medico generico, con essa convenzionato, nell'esecuzione di prestazioni curative che siano comprese tra quelle assicurate dal medesimo Servizio Sanitario Nazionale in base ai livelli stabiliti per legge (così Cass. Civ. Sez. III 27.3.2015, n. 6243).

Ciò precisato, la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria è ormai pacifica, a prescindere dalla natura privata o pubblica dell'ente presso il quale la prestazione è eseguita (v., ex multis, Cass. Sez. Un. Civ. n. 577/2008; Cass. 3.2.2012, n. 1620), ed ha trovato anche conferma normativa, per quanto attiene alla struttura sanitaria, con l'entrata in vigore della L. n. 24 del 2017 (v. art. 7, secondo cui la struttura sanitaria risponde ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c.).

Nel caso che occupa, l'A.S. risponde secondo i criteri propri della responsabilità contrattuale, con applicazione del relativo regime probatorio sopra ricordato, per cui i danneggiati - nella specie, gli stretti congiunti della paziente - devono limitarsi a provare l'esistenza del contratto e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore,

astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante (Cass. Sez. Un. Civ. n. 577/2008; più di recente, Cass. Civ. 12.12.2013, n. 27855; Cass. Civ. 30.09.2014, n. 20547 e Cass. Civ. 20.10.2015, n. 21177).

Ancora, in coerente applicazione degli artt. 1218 e 2697 c.c., il Supremo Collegio ha ulteriormente precisato che, in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, incombe su chi agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare il nesso di causalità tra l'aggravamento della patologia o l'insorgenza di una nuova malattia e l'azione o l'omissione dei sanitari, mentre, ove il danneggiato abbia assolto il proprio onere probatorio, spetta al danneggiante dimostrare l'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile, mediante la prova che l'inesatto adempimento è stato determinato da un impedimento imprevedibile ed inevitabile con l'ordinaria diligenza (v., in questo senso, Cass. Civ. Sez. III 26.7.2017, n. 18392; di recente, Cass. Civ. Sez. III 11.11.2019, n. 28991).

Con riguardo alla posizione del sanitario intervenuto, si rileva invece che sin dal 1999 la Corte di Cassazione, con sent. n. 589/1999, ha ritenuto che "l'obbligazione del medico dipendente dal servizio sanitario per responsabilità professionale nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale" ha natura contrattuale".

Orbene, ferma la non invocabilità della disciplina di cui alla L. n. 24 del 2017, l'applicazione del regime della responsabilità da inadempimento di obbligazione - con riguardo al medico - non è preclusa dall'entrata in vigore delle disposizioni del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni nella L. 8 novembre 2012, n. 189 (c.d. legge Balduzzi), dal momento che, secondo l'interpretazione maggioritaria del suddetto testo legislativo, "deve escludersi che" con l'art. 3, comma 1, dello stesso "il legislatore abbia inteso esprimere un'opzione a favore di una qualificazione della responsabilità medica necessariamente come responsabilità extracontrattuale" (così Cass. Civ. 17.4.2014, n. 8940; cfr. Cass. Civ. 19.2.2013, n. 4030; nella giurisprudenza di merito, v. Trib. Arezzo 14.2.2013; Trib. Cremona 19.9.2013; Trib. Rovereto 29.12.2013; Trib. Brindisi 18.7.2014; Trib. Milano 18.11.2014; Trib. Milano 20.2.2015).

Sotto il secondo profilo poc'anzi menzionato - del danno lamentato iure proprio dagli attori -, deve invece precisarsi che la pretesa in discorso risulta azionata da soggetti non legati alla struttura sanitaria ed al medico da alcun rapporto obbligatorio, con il che, da tale angolo visuale, l'accertamento della fondatezza della domanda segue il regime proprio della responsabilità extracontrattuale.

3. Sempre in via preliminare, occorre rilevare che non può trovare accoglimento l'eccezione di prescrizione sollevata da L.V..

Ed invero, la predetta eccezione risulta formulata tardivamente solo nella memoria di cui all'art. 183, comma 6, n. 1 c.p.c. (v. pag. 2 della memoria ex art. 183, comma 6, n. 1 c.p.c. di L.) e, dunque, oltre le preclusioni segnate in proposito dall'art. 167, comma 2, c.p.c., a tenore del quale il convenuto è tenuto, a pena di decadenza, a proporre con la tempestiva comparsa di costituzione e risposta tutte le eccezioni processuali e di merito non rilevabili d'ufficio, tra le quali - com'è noto - rientra l'eccezione di prescrizione, giusta art. 2938 c.c.

Tenuto conto peraltro dell'epoca alla quale risalgono i fatti di causa - collocati dagli attori, al più, nel 2011 -, non può considerarsi decorso il termine prescrizione, sia esso decennale sia esso quinquennale, alla data della instaurazione del presente giudizio, incoato con citazione notificata il 19.3.2015.

4. Effettuate le superiori premesse, la domanda risarcitoria formulata da C.G., C.G. e C.S. è infondata e va pertanto rigettata per le ragioni di cui in appresso.

Occorre anzitutto evidenziare che, secondo la prospettazione degli attori, l'operato del sanitario intervenuto - del quale sarebbe chiamata a rispondere anche la struttura sanitaria A.S. - dovrebbe reputarsi censurabile, atteso che L.V., pur a fronte della sintomatologia descritta da D.N. almeno a partire dal dicembre 2011, avrebbe in assenza di adeguate visite somministrato alla stessa farmaci antibiotici non idonei alla risoluzione dei disturbi lamentati, avrebbe sottostimato, in particolare, la gravità della astenia riportata dalla paziente ed avrebbe omesso di sottoporre quest'ultima a doverosi esami ematochimici e strumentali che, ove effettuati tempestivamente, avrebbero consentito di diagnosticare in tempo la riscontrata neoformazione adenocarcinomatosa epatica bilobare e di trattare in modo adeguato la suddetta patologia, rivelatasi, invece, non rimovibile in via chirurgica al momento della tardiva diagnosi.

4.1. In conseguenza di ciò, i signori C. hanno in primo luogo addebitato ai convenuti il decesso della loro stretta congiunta.

4.1.1. Orbene, secondo quanto emerge dall'esame degli atti di causa e dalle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio, D.N. è deceduta il 15.6.2013 a causa di complicanze della neoplasia che l'ha afflitta, segnatamente consistente in neoformazione adenocarcinomatosa plurifocale epatica, rivelatasi non "aggredibile chirurgicamente" (v. pag. 15 della consulenza tecnica d'ufficio, nonché la comunicazione del 20.4.2013 a firma del Prof. G., allegata alla memoria di cui all'art. 183, comma 6, n. 2 c.p.c. di parte attrice).

L'iter che ha condotto alla specifica diagnosi della patologia in discorso risulta avviato allorché, in data 18.3.2013, la dott.ssa L.V. prescrisse - in ragione della lamentata "astenia fisica" - l'esecuzione di esami ematochimici dai quali è emersa, in particolare, l'alterazione di indici della funzionalità epatica, quali Transaminasi AST, pari a 65, e il valore dell'urobilinogeno pari a 500 (v. all. 13-14 della citazione, nonché pag. 17 della consulenza tecnica d'ufficio).

Alla luce dei dati riportati da tali indagini, D.N. si è sottoposta a visita ecografica in data 22.3.2013, che ha evidenziato "numerosi, focali alterazioni ecostrutturali a carico del fegato" ed ha suggerito ulteriore approfondimento mediante esame TC, poi eseguito nel Pronto Soccorso dell'O.C. di Catania il 23.3.2013 ed attestante l'esistenza in sede epatica di "voluminosa formazione espansiva a struttura di tipo complesso a componente necrotico prevalente", con "elevato enhancement arterioso", "estensione assiale di circa mm 180" e "notevoli effetti compressivi a livello della confluenza portale e biliare della lesione" (v. pagg. 17-18 della consulenza tecnica d'ufficio, nonché referti dell'esame ecografico e dell'esame TC allegati alla citazione introduttiva).

Infine, la paziente ha ripetuto presso l'O.V.E. in data 30.3.2013 esame TC, che ha confermato "fegato ... notevolmente aumentato di volume per la presenza nel suo contesto di una voluminosa formazione espansiva cistica (diametri assiali 18x13 cm, diametro longitudinale 22,5 cm) che occupa pressoché interamente i segmenti epatici 4, 5 e 8. La lesione è costituita da una porzione craniale cistica semplice uniloculata a pareti regolari che occupa i segmenti 4 e 8 e da una porzione caudale cistica complessa irregolarmente pluriloculata che occupa interamente i segmenti 4B e 5, a sviluppo in gran parte esofitico caudale ed anteriore e a contorni irregolarmente bozzuti che impronta e disloca la parete addominale anteriore e caratterizzata da una spessa componente tissutale solida ipervascolare che ispessisce diffusamente ed irregolarmente le pareti delle loculazioni cistiche. Il contenuto delle cisti ha valori densitometrici di tipo liquido intorno a 10-15 UH con alcune porzioni che raggiungono i 20 UH; una delle loculazioni caudali mostra una componente gassosa con livello idro-aereo. Si contano inoltre ai segmenti 3, 4 e 8 nove noduli metastatici, per lo più satelliti alla lesione principale (diametri assiali dei noduli compresi tra 5 e 20 mm). La colecisti è inglobata nella porzione caudale della lesione e mostra nel lume una vegetazione neoplastica e due calcoli di 20 e 25 mm di diametro Compresi edislocati dalla lesione il bulbo e la seconda porzione del duodeno nonché la testa del pancreas ..., P. linfonodi in sede celiaca e lungo i legamenti gastro-epatico ed epatoduodenale Si avanza solo quale ipotesi che possa trattarsi di una neoplasia epatica primitiva maligna di origine biliare insorta su una preesistente lesione benigna (cistoadenoma biliare virato in cistoadenocarcinoma)" (v. all. 15 della citazione, nonché pagg. 18-19 della consulenza tecnica d'ufficio).

La diagnosi formulata all'esito della predetta indagine è stata infine confermata, in seguito alla visita chirurgica eseguita dal Prof. G. (v. all. 16 della citazione), dalla biopsia del 5.4.2013 (v. all. 17 della citazione) e dall'esame radiologico del 6.4.2013 (v. all. 18 della citazione), in cui si fa menzione ancora di "fegato notevolmente aumentato di volume nel cui contesto si conferma la presenza di una voluminosa formazione espansiva a struttura mista, di morfologia irregolarmente polilobata e dimensioni di circa 20 x 18 x 12 cm, che occupa gran parte del lobo destro. In particolare la componente craniale è francamente cistica mentre quella caudale ha una struttura mista, in parte solida ed in parte cistica, ed uno sviluppo esofitico. La colecisti risulta inglobata in quest'ultima e mostra nel suo lume una vegetazione neoplastica e due calcoli. Sono presenti inoltre plurimi noduli satelliti al lobo destro, con dimensioni fino a circa 16 mm. Altri due noduli satelliti, del diametro di 12 e 10 mm, si apprezzano al lobo sinistro".

4.1.2. Ciò chiarito, non può ritenersi che, per tutto il corso del 2011 e del 2012, fosse possibile per la convenuta L.V. ravvisare in D.N. segni tali da porre il sospetto diagnostico di carcinoma epatico.

Ed infatti, per il suddetto arco temporale, non risulta - già dalla stessa ricostruzione attorea - che la paziente abbia riferito al proprio medico sintomi specificamente correlabili alla patologia da ultimo richiamata, quali nausea, vomito ed ittero.

Secondo quanto emerge dagli atti difensivi di parte attrice, D.N. avrebbe esposto, sin dal dicembre 2011, alla dott.ssa L. di accusare episodi di alterazione algica della diuresi e dolori addominali, nonché astenia ingravescente (v. già pag. 1 della citazione).

A tal proposito, deve tuttavia rilevarsi che la prova orale assunta nel corso del giudizio non ha fornito elementi decisivi ai fini dell'addebito di responsabilità formulato nei confronti di parte convenuta.

All'udienza del 21.12.2017, infatti, il teste di parte attrice D.M.F. si è limitato a riferire di aver accompagnato dal medico L. la signora D., "dalla fine del 2011 fino all'inizio del 2013 per circa sei volte", aggiungendo esclusivamente che "la sig.ra D. prospettava al dottore di sentirsi male e debole" e di "sentirsi stanca".

Da un lato, dunque, nessuna menzione si rinviene di persistenti disturbi alle vie urinarie o di algie addominali.

Da un altro lato, deve poi osservarsi che il richiamo alla stanchezza fisica - oltre a denotare un sintomo non inequivocabilmente riconducibile alla gravissima patologia epatica poi riscontrata - non appare delineato in termini sufficientemente definiti rispetto all'intervallo di tempo sul quale ha riferito il testimone e compreso tra la fine del 2011 e l'inizio del 2013, non traducendosi pertanto in un segno che avrebbe potuto orientare il sanitario, con elevata ragionevolezza, verso la diagnosi corretta.

Né tantomeno, a questi ultimi fini, possono trarsi elementi dirimenti dalle prescrizioni terapeutiche prodotte da parte attrice, atteso che, come accertato dai consulenti tecnici d'ufficio, nel periodo intercorso tra marzo 2012 e la fine del 2012 non risulta documentato alcun contatto tra la paziente D. e la dott.ssa L. (v. pagg. 16 e 21 della consulenza tecnica d'ufficio).

A tal riguardo, non può del resto assumere alcun rilievo la mancata produzione, da parte della predetta convenuta, della scheda individuale attestante gli accessi e contatti tra medico di base e paziente (sulla quale v. pag. 7 della comparsa conclusionale di parte attrice), in quanto grava su quest'ultimo - o su chi intende far valere le ragioni di quest'ultimo - l'onere di provare la condotta assunta dal sanitario e, dunque, per quanto interessa in questa sede, gli ulteriori episodi nei quali si sarebbe dispiegato il suo intervento, in ipotesi contrario agli standard professionali esigibili nel settore e foriero di danni risarcibili.

Fermo quanto sopra esposto, tenendo conto della documentazione acquisita agli atti, deve ritenersi che solo a partire dagli inizi del 2013 le condizioni di D.N. si siano mostrate oggettivamente tali da suggerire l'effettuazione dell'iter diagnostico poi seguito per giungere al riscontro della patologia epatica che ha condotto la paziente al decesso.

In proposito, si rileva anzitutto che nel verbale di Pronto Soccorso datato 23.3.2013 (allegato alla memoria di cui all'art. 183, comma 6, n. 2 c.p.c. di parte attrice) si legge: "da circa 1 mese riferisce astenia in paz. ipertesa in atto non in trattamento farmacologico Addome trattabile superficialmente, alla profonda si apprezza fegato debordato dall'arcata costale di circa 10 cm; torace: MV ridotto alle basi".

Ebbene, com'è noto, secondo il più condivisibile indirizzo del Supremo Collegio, "la natura di certificazione amministrativa delle attestazioni contenute nella cartella clinica redatta da un'azienda ospedaliera pubblica, o da un ente convenzionato con il servizio sanitario pubblico - al pari di quelle dei certificati dei medici convenzionati - è affermazione giurisprudenziale praticamente costante, essendosi piuttosto l'attenzione degli interpreti incentrata sulla esatta delimitazione delle annotazioni coperte da fede privilegiata. E invero l'applicazione dello speciale regime di cui agli artt. 2699 e segg. cod. civ. è circoscritta alle sole trascrizioni concernenti le attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, mentre ne sono escluse le valutazioni, le diagnosi o comunque le manifestazioni di scienza o di opinione in essa contenute (confr. Cass. Civ. 12 maggio 2003, n. 7201; Cass. Civ. 27 settembre 1999, n. 10695)" (così, testualmente, Cass. Civ. Sez. III 30.11.2011, n. 25568; v. anche Cass. Pen. Sez. V 19.1.2011, n. 7443 e Cass. Pen. Sez. V 17.2.2010, n. 19557).

Con riguardo al caso di specie, l'efficacia propria della certificazione amministrativa deve senz'altro essere ritenersi estesa al fatto - non alla intrinseca veridicità della affermazione - che

la paziente abbia dichiarato al personale sanitario in data 23.3.2013 di soffrire di astenia da circa un mese.

Per altro verso, la suddetta ricostruzione è compatibile con quanto riportato nel certificato INPS relativo a D.N. datato 10.4.2013, nel quale si legge che "da circa tre mesi il soggetto lamenta astenia marcata e tosse inizialmente da sospetta s. influenzale e broncopatia" (v. certificato n. 2013 AF 29869, allegato alla memoria di cui all'art. 183, comma 6, n. 2 c.p.c. di parte attrice).

Ancora, l'insorgenza solo nel corso del 2013 di sintomatologia univocamente riferibile alla più grave patologia che ha determinato il decesso può reputarsi confermata dalla comunicazione dell'8.4.2013 a firma del dott. T., nella quale si legge che "la paziente riferisce sporadici eventi di nausea e vomito".

Per le ragioni testé illustrate, per tutto il corso del 2011 e del 2012 non può ritenersi provato che D.N. abbia posto la dott.ssa L.V. nelle condizioni di poter ipotizzare la diagnosi di adenocarcinoma epatico o di avviare un iter diagnostico in tal senso, con il che deve senz'altro escludersi, per siffatto arco temporale, qualsiasi violazione delle prescrizioni tecniche proprie della scienza medica.

In questi termini si sono condivisibilmente espressi i consulenti tecnici d'ufficio, i quali hanno esposto che "nessuna diagnosi precoce o tempestiva avrebbe potuto aver luogo, in assenza, per oltre otto mesi (nel periodo corrente tra la fine di marzo e l'inizio di dicembre 2012, nel corso dei quali la neoplasia può essersi tumultuosamente sviluppata ed espansa), di qualsivoglia contatto documentalmente comprovato tra la paziente e la professionista. Non si riscontra alcun profilo di responsabilità del medico di famiglia Dott.ssa L., correlabile a negligenza, imperizia, o imprudenza nello svolgimento dell'attività professionale, che abbia determinato il decesso della paziente" (v. pagg. 21 e 24 della consulenza tecnica d'ufficio).

4.1.3. Per ciò che concerne il periodo successivo - a partire dagli inizi del 2013 -, devono del pari reputarsi insussistenti i requisiti propri della fattispecie risarcitoria dedotta da parte attrice.

Solo incidentalmente si osserva sul punto che la configurabilità di profili di negligenza, nell'operato di L.V., non ha trovato adeguata conferma nel materiale documentale agli atti e nell'istruttoria svolta.

Ed invero, chiarito - come si è visto al punto che precede - che solo nel corso del 2013 la paziente riferì sintomatologia ricollegabile alla grave patologia epatica neoplastica, gli stessi consulenti tecnici d'ufficio, lungi dal prospettare una evidente negligenza professionale, si sono espressi in termini meramente dubitativi in ordine alla correttezza tecnica della condotta assunta dal sanitario nel periodo in questione.

Più in dettaglio, gli stessi hanno affermato che "non risulta, tuttavia, comprensibile, né troppo razionale, in assenza della effettuazione di esami ematochimici, e verosimilmente anche di un esame obiettivo, la prescrizione per un mese e mezzo consecutivo, di almeno 5-6 specialità antibiotiche diverse" (v. pag. 19 della consulenza tecnica d'ufficio) e che "si conferma, pertanto, di poter riscontrare, nell'atteggiamento professionale tenuto dalla Dott.ssa L., qualche evitabile "leggerezza", e comportamento non pedissequamente conforme alla buona pratica clinica" (v. pag. 16 delle risposte dei consulenti tecnici d'ufficio alle osservazioni delle parti).

Anche a prescindere da ciò, peraltro, la responsabilità del decesso di D.N. non può essere addebitata alla predetta L.V., dovendosi ritenere che ogni eventuale negligenza da quest'ultima commessa sia stata eziologicamente irrilevante rispetto all'evento infausto verificatosi.

In via preliminare, si osserva che, secondo i principi fissati dalla Suprema Corte, la causalità civile ordinaria si attesta sul versante della probabilità relativa (o variabile), caratterizzata da una soglia meno elevata di probabilità rispetto a quella penale, secondo modalità semantiche che, specie in sede di consulenza medico-legale, possono assumere molteplici forme espressive ("serie ed apprezzabili possibilità", "ragionevole probabilità", etc.), senza che questo debba, peraltro, vincolare il giudice ad una formula specifica.

La causalità civile obbedisce, secondo lo standard probatorio convenzionalmente adottato, alla logica del "più probabile che no", rappresentando essa la misura della relazione probabilistica concreta, svincolata da ogni riferimento soggettivo, tra comportamento e danno (così, ex multis, Cass. Sez. Un. Civ. 11.1.2008, n. 577).

Come ulteriormente precisato dal Supremo Collegio, occorre tenere presente che l'accertamento richiesto in questa sede non deve condursi con esclusivo riferimento alla determinazione

quantitativa-statistica delle frequenze di classi di eventi (c.d. probabilità quantitativa o pascaliana), che potrebbe anche mancare o essere inconferente.

Al contrario, l'indagine deve essere svolta alla luce del grado di fondatezza misurato attraverso gli elementi di conferma (e, nel contempo, l'esclusione di altri possibili fattori alternativi) disponibili in relazione al caso concreto (c.d. probabilità logica o baconiana: così, ancora, Cass. Sez. Un. Civ. 11.1.2008, n. 577 cit.; v., più di recente, Cass. Sez. Civ. III 8.1.2020, n. 122, per cui il principio di prevalenza probabilistica deve essere applicato con apprezzamento non isolato, ma complessivo ed organico di tutti i singoli elementi indiziari o presuntivi a disposizione, atteso che il criterio della preponderanza probabilistica implica la esclusione di circostanze alternative incompatibili - o quantomeno tali da inficiare in misura rilevante la probabilità logica della relazione causa-effetto - con quella che si intende riconoscere come fattore causale esclusivo dell'evento dannoso).

Orbene, ritornando al caso di specie, come si è precisato al punto 4.1.1, il decesso di D.N. è stato determinato da complicità correlate alla riscontrata neof ormazione adenocarcinomatosa epatica (v. ancora pag. 15 della consulenza tecnica d'ufficio).

È dunque indubitabile che l'esito infausto sia stato provocato da causa naturale, da ricondurre alla predetta patologia.

Deve peraltro verificarsi se in tale processo si sia inserita anche una causa riferibile all'operato della dott.ssa L.V..

Vertendosi in materia di causalità omissiva, occorre chiedersi se una diversa condotta in ipotesi assunta da quest'ultima sarebbe stata idonea o meno ad impedire la verifica zione dell'evento morte.

Ciò premesso, i consulenti tecnici d'ufficio hanno chiarito che la patologia che ha colpito la paziente - tenuto conto del tipo istologico ricorrente ed "altamente aggressivo" (v. pag. 21 della consulenza tecnica d'ufficio), inquadrabile quale adenocarcinoma epatico -, si connota per un elevato tasso di mortalità, in ragione del quale anche "l'intervento chirurgico radicale non migliora la sopravvivenza e anche la radioterapia e la chemioterapia si sono dimostrate scarsamente efficaci (Database ITACAN: Tumori in Italia, a cura di AIRTUM - www.registri-tumori.it)" (v. pag. 16 della consulenza tecnica d'ufficio).

Con specifico riguardo alla vicenda sottoposta all'odierno vaglio, poi, come si è precisato al punto 4.1.1, la neoplasia che ha afflitto D.N. si presentava già in data 23.3.2013 di oltre 180 mm, con "struttura di tipo complesso a componente necrotico prevalente", "elevato enhancement arterioso" e "notevoli effetti compressivi a livello della confluenza portale e biliare della lesione" (v. pagg. 17-18 della consulenza tecnica d'ufficio, nonché referti dell'esame ecografico e dell'esame TC allegati alla citazione introduttiva); in data 30.3.2013 si apprezzava nel fegato, notevolmente aumentato di volume, la presenza di "voluminosa formazione espansiva cistica (diametri assiali 18x13 cm, diametro longitudinale 22,5 cm)" e, soprattutto, "nove noduli metastatici", "una vegetazione neoplastica" presso la colecisti e "plurimi linfonodi in sede celiaca e lungo i legamenti gastro-epatico ed epatoduodenale" (v. all. 15 della citazione, nonché pagg. 18-19 della consulenza tecnica d'ufficio).

Oltre alla intrinseca gravità della patologia ricorrente nella specie, dunque, le condizioni in cui D.N. versava nel 2013 si rivelavano estremamente precarie, per via delle notevoli dimensioni della neof ormazione e per via della presenza di numerosi secondarismi e del coinvolgimento dei linfonodi.

Per tali ragioni, dunque, tenuto conto del fatto che - come si è visto - solo agli inizi del 2013 la sintomatologia espressa dalla paziente si mostrò tale da indurre al sospetto della diagnosi neoplastica, pienamente condivisibili appaiono le conclusioni dei consulenti tecnici d'ufficio, nella misura in cui questi hanno affermato che, "per quanto emergente dagli atti, dunque, anche in considerazione della tipologia di tumore altamente aggressivo, questo si è verosimilmente sviluppato a livello del fegato ..., senza dare segni, se non sfumati e non specifici, della propria presenza. Solo a seguito della effettuazione di indagini ematochimiche e strumentali, la cui necessità è stata dettata dalla persistente marcata astenia, si è pervenuti ad una diagnosi, in uno stadio avanzato della neoplasia, che non ha consentito di intraprendere strategie di terapia efficaci, ed ha condotto rapidamente a grave scadimento delle condizioni generali ed all'exitus la paziente. Non si ritiene di potere addebitare il decesso ad un comportamento professionalmente negligente della Dott.ssa L., tenuto conto della aggressività della patologia

ed ai dati riportati in letteratura, sulla sopravvivenza media dei pazienti ai quali la diagnosi è stata posta in uno stadio avanzato della stessa" (v. pag. 21 della consulenza tecnica d'ufficio).

Come ancora si legge nella consulenza tecnica d'ufficio, "in altri termini, è assai più probabile del suo contrario che la neoplasia, anche se diagnosticata a gennaio, invece che a fine marzo, avrebbe condotto ugualmente ad exitus la paziente Non risulta potersi ravvisare, pertanto, alcun rapporto di causalità o causazione, né concausale, tra l'intervento professionale della Dott.ssa L. ed il decesso della paziente" (v. pag. 21 della consulenza tecnica d'ufficio).

Le conclusioni raggiunte, adeguatamente fondate sui dati della letteratura scientifica esaminata e caratterizzate da congruità e logicità, sono, oltretutto, coerenti con la stessa ricostruzione dedotta da parte attrice.

L'irrelevanza eziologica dell'intervallo di tempo di due mesi - intercorso tra gli inizi del 2013 e il momento di effettiva diagnosi - risulta infatti confermata dalla circostanza, riferita dagli attori nella memoria di cui all'art. 183, comma 6, n. 2 c.p.c., per cui sia il dott. S. sia il Prof. G. avrebbero reputato possibile ed utile il trattamento chirurgico solo ove la paziente si fosse presentata a visita "almeno sei/otto mesi prima" (v. pagg. 6-9 della memoria di cui all'art. 183, comma 6, n. 2 c.p.c.) e, dunque, in un momento in cui nessun addebito di negligenza avrebbe potuto muoversi alla dott.ssa L.V..

In definitiva, la domanda risarcitoria esaminata in questa sede non può trovare accoglimento, non essendo stata raggiunta adeguata prova del nesso di causalità tra la condotta del sanitario e l'evento morte lamentato (cfr., ancora, Cass. Civ. Sez. III 26.7.2017, n. 18392 cit., e Cass. Civ. Sez. III 11.11.2019, n. 28991 cit., per le quali grava sul danneggiato il rischio della mancata prova del nesso eziologico).

4.2. In merito all'ulteriore pretesa azionata dagli attori in dipendenza della perdita di chance da parte della loro stretta congiunta, si osserva che anche l'accoglimento di essa postula il previo accertamento della condotta illecita del danneggiante e del legame eziologico tra questa e l'evento dannoso.

In tal senso si è espresso, di recente, il Supremo Collegio, per il quale, nell'ambito del danno da perdita di chance, "l'attività del giudice dovrà ... muovere dalla prevista disamina della condotta (e della sua colpevolezza) e dall'accertamento della relazione causale tra tale condotta e l'evento di danno (la possibilità perduta, ovverossia il sacrificio della possibilità di conseguire un risultato migliore), senza che i concetti di probabilità causale e di possibilità (e cioè di incertezza) del risultato realizzabile possano legittimamente sovrapporsi, elidersi o fondersi insieme: la dimostrazione di una apprezzabile possibilità di giungere al risultato migliore sul piano dell'evento di danno non equivale, in altri termini, alla prova della probabilità che la condotta dell'agente abbia cagionato il danno da perdita di chance sul piano causale" (v. Cass. Civ. Sez. III 11.11.2019, n. 28993, ove si legge anche che "entrambe le forme di chance" - patrimoniale e non patrimoniale - "presuppongono: una condotta colpevole dell'agente").

Ancora, "per integrare gli estremi del danno risarcibile, la perdita di chance (giusta l'insegnamento delle sezioni unite di questa corte in tema di danno non patrimoniale: Sez. U.n. 26792 del 11/11/2008) dovrà peraltro attingere ai parametri della apprezzabilità, serietà, consistenza, rispetto ai quali il valore statistico/percentuale - se in concreto accertabile - potrà costituire al più criterio orientativo, in considerazione della infungibile specificità del caso concreto, onde distinguere la concreta possibilità dalla mera speranza" (v. Cass. Civ. Sez. III 11.11.2019, n. 28993 cit.).

Come ulteriormente precisato poi dalla giurisprudenza di merito, "il danno risarcibile deve essere individuato dalla perdita della possibilità di eseguire controlli costanti e frequenti, o di sottoporsi ad esami clinici e di laboratorio più approfonditi, equivalendo così alla perdita della possibilità di accedere ad un risultato favorevole incerto, considerato tale in virtù della possibilità in ordine allo sviluppo della malattia, nel caso di cure tempestive, idonee e diligenti: insomma si tratta di risarcire una concreta perdita di chance di sopravvivenza, o, quanto meno di condurre anni di vita ulteriori con una qualità apprezzabile" (così Trib. Aosta Sez. I 20.4.2021, n. 115; v. anche Trib. Lecce Sez. II Civ. 1899/2020; cfr. anche Trib. Siracusa Sez. II ord. 14.9.2021).

Ebbene, nel caso di specie, deve senz'altro escludersi che la condotta tenuta dal sanitario abbia compromesso in modo significativo le chance di sopravvivenza a lungo termine o di migliore qualità della vita della paziente.

A tal proposito, basti evidenziare che i consulenti tecnici d'ufficio, ipotizzando una condotta di carattere meno "attendistico", hanno affermato che "un ritardo diagnostico, comunque verificatosi nella fase ormai avanzata della patologia, ed assai probabilmente del tutto influente sulla prognosi quoad vitam, ... può avere inciso in termini di una virtuale, generica e possibile riduzione di chances di ulteriore imprecisabile periodo di sopravvivenza" (v. pag. 22 della consulenza tecnica d'ufficio).

La impossibilità di attribuire contorni definiti alla chance perduta - descritta, come si è visto, in termini di possibilità virtuale, generica ed imprecisabile - appare viepiù confermata dalle risposte fornite alle osservazioni delle parti, in cui si specifica che "la perdita di chances di sopravvivenza ulteriore si configura quale evento indeterminato ed indeterminabile, da ascriversi, come già precisato, all'ambito ipotetico e non fornibile di prova concreta" (v. pag. 15 delle risposte dei consulenti tecnici d'ufficio alle osservazioni delle parti).

Quanto sopra esposto denota, all'evidenza, la insussistenza dei presupposti - richiamati dalla citata giurisprudenza - della apprezzabilità, serietà, consistenza e concretezza, indispensabili per l'accoglimento della domanda risarcitoria formulata dagli attori.

Né del resto questi ultimi hanno mosso alcuna censura nei confronti delle conclusioni raggiunte sul punto dai consulenti tecnici d'ufficio, non essendo oltretutto stata neppure prefigurata dagli stessi alcuna attività in concreto idonea ad assicurare un prolungamento delle aspettative di vita della paziente o un miglioramento della qualità della vita residua (v., in particolare, da ultimo, pag. 4 della memoria di replica di parte attrice, dove espressamente si riporta il passo per il quale la perdita di chance deve intendersi "evento indeterminato ed indeterminabile, da ascriversi, come già precisato, all'ambito ipotetico e non fornibile di prova concreta").

Infine, non appare pertinente il richiamo compiuto alla giurisprudenza del Supremo Collegio e, segnatamente, alla ordinanza della Corte di Cassazione, Sezione Terza Civile, del 23.3.2018, n. 7260 (v. pag. 11 della comparsa conclusionale e pagg. 7-8 della memoria di replica degli attori).

Ed infatti, nella suddetta pronuncia si legge testualmente che "il danno nella specie denunciato dalle attrici non può in nessun modo farsi consistere nella perdita di specifiche possibilità esistenziali alternative, necessariamente legate alle particolari scelte di vita non potute compiere dal paziente (un discorso solo impropriamente, e in larga misura erroneamente, tradotto con l'equivoco richiamo al tema della perdita di chances), bensì con la perdita diretta di un bene reale, certo (sul piano sostanziale) ed effettivo, non configurabile alla stregua del quantum (eventualmente traducibile in termini percentuali) di possibilità di un risultato o di un evento favorevole (secondo la definizione elementare della chance comunemente diffusa nei discorsi sulla responsabilità civile), ma apprezzabile con immediatezza quale correlato del diritto di determinarsi liberamente nella scelta dei propri percorsi esistenziali in una condizione di vita affetta da patologia ad esito certamente infausto; e dunque quale situazione soggettiva suscettibile di darsi ben prima (al di qua) di qualunque (arbitraria) scelta personale che si voglia già compiuta, o di là da compiere; e ancora, al di là di qualunque considerazione soggettiva sul valore, la rilevanza o la dignità, degli eventuali possibili contenuti di tale scelta" (Cass. Civ. Sez. III ord. 23.3.2018, n. 7260) Come risulta dall'ordinanza testé richiamata, dunque, il precedente deve intendersi riferito a fattispecie in cui, diversamente dal caso di specie, si verteva in materia di danno da lesione della libertà di autodeterminazione (v., ancora, Cass. Civ. Sez. III ord. 23.3.2018, n. 7260 cit., in cui si legge espressamente che "la tutela" risarcitoria "della situazione soggettiva in esame si risolve, pertanto, nell'immediata protezione giuridica di una specifica forma dell'autodeterminazione individuale", "quella che si esplica nella particolare condizione della vita affetta da patologie ad esito certamente infausto"; v. ancora pag. 11 della comparsa conclusionale degli attori, ove il provvedimento della Corte regolatrice è, esplicitamente, correlato alla ipotesi di danno alla "libertà di autodeterminazione").

Siffatto bene giuridico, secondo la più condivisibile posizione assunta in materia dalla dottrina e dalla prevalente giurisprudenza di legittimità, deve ritenersi indubbiamente distinto dal diritto alla salute e, correlativamente, dal diritto a godere di apprezzabili chances di sopravvivenza o di migliore qualità di vita (v., in proposito, per tutte, Cass. Civ. Sez. III 11.11.2019, n. 28985, per cui "deve ritenersi, infatti, ormai definitivamente acquisito nella giurisprudenza di legittimità...che la manifestazione del consenso del paziente alla prestazione sanitaria, costituisce esercizio di un autonomo diritto soggettivo all'autodeterminazione proprio della persona fisica... che - se pure connesso - deve essere tuttavia tenuto nettamente distinto - sul piano del contenuto sostanziale - dal diritto alla salute, ossia dal diritto del soggetto alla propria integrità psico-fisica").

Ne discende l'impossibilità di attribuire - in questo giudizio - rilievo ad ogni considerazione relativa alla lesione della libertà di autodeterminazione, atteso che nessuna censura in tal senso risulta essere stata formulata né nella citazione introduttiva né entro le successive preclusioni istruttorie.

5. Per tutte le ragioni illustrate nei punti che precedono, non ricorrono i presupposti della fattispecie risarcitoria invocata da C.G., C.G. e C.S., con il che devono essere rigettate le domande formulate da questi ultimi nei confronti di L.V. e dell'A.S.P. di S., le quali hanno pertanto diritto al pagamento delle spese processuali da parte degli attori, con le precisazioni di cui si dirà.

In via consequenziale, nessun obbligo di manleva grava, per i fatti di causa, su G.I. s.p.a.

Anche nei confronti di quest'ultima C.G., C.G. e C.S. vanno condannati al pagamento delle spese di lite.

Ed infatti, secondo l'orientamento ribadito più volte dal Supremo Collegio, "considerata la lata accezione con cui il termine soccombenza è assunto nell'art. 91 c.p.c., il rimborso delle spese processuali sostenute dal terzo chiamato in garanzia dal convenuto deve essere posto a carico dell'attore ove la chiamata si sia resa necessaria in relazione alla pretesa dell'attore stesso e questa sia risultata infondata, a nulla rilevando che l'attore non abbia proposto nei confronti del terzo alcuna domanda, mentre il rimborso rimane a carico della parte che abbia chiamato o abbia fatto chiamare in causa il terzo qualora l'iniziativa del chiamante si riveli palesemente arbitraria" (v., ex multis, Cass. Sez. VI Civ. ord. 4.3.2019, n. 6292; Cass. n. 7341/2012).

Nel caso di specie, la G.I. s.p.a. non ha in alcun modo contestato l'operatività della polizza assicurativa stipulata da L.V., essendosi invece associata a quest'ultima nella contestazione di ogni domanda attorea.

Alla luce di ciò, pertanto, la domanda di garanzia - formulata per la sola ipotesi di fondatezza della pretesa risarcitoria degli attori - non può reputarsi palesemente arbitraria, sicché, in conformità all'indirizzo giurisprudenziale richiamato, non ricorrono ragioni per porre a carico del chiamante le spese relative alla chiamata in causa della propria compagnia assicurativa, da ritenersi invece gravanti su parte attrice (v., ancora, Cass. Civ. Sez. VI ord. 4.3.2019, n. 6292 cit.; Cass. Civ. n. 7341/2012 cit.).

La liquidazione delle spese di lite viene effettuata secondo i parametri del D.M. n. 55 del 2014 nella misura di €. 26.451,00 rispetto a ciascuna delle parti vittoriose, tenuto conto dell'attività difensiva concretamente svolta e del livello di complessità delle questioni giuridiche trattate, avuto riguardo al valore della domanda formulata, pari ad €. 1.089.287,94 (v. pagg. 10-12 della citazione; scaglione di riferimento ex art. 6 del D.M. n. 55 del 2014: €. 1.000.001-2.000.000).

In considerazione peraltro della elevata difficoltà delle questioni tecniche affrontate e del fatto che la infondatezza delle domande attoree è emersa solo all'esito di un indispensabile vaglio giurisdizionale della vicenda processuale - dispiegatosi anche nella complessa consulenza tecnica ampiamente esaminata -, ricorrono le condizioni per compensare nella misura di 3/5 le spese di lite, secondo il disposto dell'art. 92 c.p.c. per come interpretato dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 77/2018, dovendosi porre a carico dei signori C.G., C.G. e C.S. esclusivamente la residua quota di 2/5.

Le spese della consulenza tecnica d'ufficio vanno poste in via definitiva a carico degli attori, in quanto soccombenti.

P.Q.M.

Il Giudice, dott. Gabriele Patti, definitivamente pronunciando nella causa civile iscritta al n. R.G. 1241/2015, ogni altra istanza o azione disattese:

- rigetta ogni domanda proposta da C.G., C.G. e C.S. nei confronti di L.V. e di A.S.P. di S., per le ragioni di cui in motivazione;
- compensa per 3/5 le spese di lite, pari a complessivi €. 26.451,00 per ciascuna delle parti vittoriose, e condanna in solido C.G., C.G. e C.S. a pagare a L.V., A.S.P. di S. e G.I. s.p.a. la residua quota di 2/5, che liquida per ciascuna parte vittoriosa in €. 10.580,40 per compensi, oltre spese generali al 15%, CPA e IVA come per legge;
- pone definitivamente a carico di C.G., C.G. e C.S. in solido le spese della consulenza tecnica d'ufficio.

Così deciso in Siracusa il 28 febbraio 2022.

Depositata in Cancelleria il 1 marzo 2022.