Sent. n. 102/2026

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE DEI CONTI

SEZIONE GIURISDIZIONALE PER LA REGIONE CAMPANIA

composta dai Magistrati:

Paolo Novelli	Presidente - relatore
Eugenio Musumeci	Giudice
Gabriele Pepe	Giudice

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di responsabilità, in sede di riassunzione, iscritto al n. **74200 R.G.**, instaurato a istanza della Procura regionale presso questa Sezione giurisdizionale nei confronti di:

Omissis, nata ad omissis e residente in omissis, (c.f. omissis), rappresentata e difesa, come in atti, anche disgiuntamente, dall'avv. Paolo de Divitiis (c.f. DDVPLA68H21F839Z) e dall'avv. Alessandro De Angelis (c.f. DNGLSN72P27C034X), ed elettivamente domiciliata in Napoli, Via Monte di Dio n. 66, presso lo studio dell'avv. Paolo de Divitiis (paolodedivitiis@avvocatinapoli.legalmail.it e avvdeangelisalessandro@puntopec.it; telefax 0812451399).

VISTI l'atto di citazione, gli altri atti e i documenti di causa;

CHIAMATA la causa nella pubblica udienza del 17 marzo 2026, con l'assistenza del segretario dott. Francesco Fiordoro, alla presenza del

rappresentante del Pubblico Ministero nella persona del VPG dott.ssa Flavia Del Grosso, e del difensore avv. Alessandro De Angelis anche per delega dell'avvocato Paolo De Divitiis.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

1. La Procura regionale presso questa Sezione giurisdizionale ha riassunto il giudizio proposto nei confronti della dott.ssa Omissis, in esito alla decisione della Sezione II di appello n. 171/2025 con la quale è stata riformata, con restituzione al giudice di primo grado, la sentenza di questa Sezione n. 365 del 3 luglio 2024 e con la quale era stata dichiarata l'inammissibilità dell'azione proposta, in accoglimento dell'eccezione formulata dalla convenuta, in ordine all'omissione degli adempimenti informativi previsti dall'art. 13, della legge 8 marzo 2017, n. 24 e, quindi, segnatamente, la mancata puntuale informativa da parte della struttura sanitaria dell'azione risarcitoria proposta nei confronti dell'ASL di Omissis dagli eredi del defunto sig. Omissis, posta a pena di inammissibilità di una eventuale successiva azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa.

1.1. La Procura regionale, richiamando l'atto di citazione in data 27/12/2023 espone che la dott.ssa Omissis è stata convenuta in giudizio in ragione dell'attività di servizio al tempo svolta quale dirigente medico dell'ASL Omissis (operante presso il P.O. "omissis" di Omissis quale direttrice dell'U.O.C. di Radiologia), per sentirne accertare la responsabilità amministrativa in relazione agli esborsi sostenuti dalla medesima azienda sanitaria per risarcire il danno subito da un paziente (Omissis) in conseguenza di una difettosa prestazione diagnostica resa dalla medesima

convenuta: nella specie, si era trattato della disamina e refertazione di un esame radiografico nella zona polmonare: la convenuta avrebbe mancato di rilevare (e, in conseguenza, di richiedere ulteriori approfondimenti diagnostici) la evidente presenza di quella che pochi mesi dopo sarebbe stata caratterizzata come formazione tumorale in stato avanzato.

1.2. Alla base della domanda, in sintesi, si allegava che:

a) l'esame radiografico (TAC torace in alta risoluzione, senza m.d.c.) era stato eseguito in data 14/03/2017, quale periodico screening di eventuali pneumopatie (in particolare fibro-interstiziali e/o oncologica) in ragione di una riconosciuta esposizione lavorativa del sig. Omissis all'amianto;

b) nel referto radiografico, la dott.ssa OMISSIS riportava soltanto l'evidenza che fossero allo stato assenti segni d'interstiziopatia (c.d. asbestosi);

c) nel febbraio 2018, il Omissis ripeteva la medesima indagine radiografica in una diversa struttura sanitaria, ma in questo caso emergeva la presenza di una nodularità che, dopo i dovuti approfondimenti diagnostici, veniva caratterizzata come carcinoma polmonare in elevato stadio di avanzamento (stadio IV): patologia che avrebbe poi condotto il paziente al decesso, dopo pochi mesi di infruttuosa terapia;

d) nel seguente contenzioso risarcitorio, instaurato dagli eredi del Omissis per addebitare all'ASL Omissis le conseguenze del ritenuto errore diagnostico occorso presso il P.O. di Omissis (in termini ridotta chance di tempestivo intervenuto terapeutico e permanenza in vita del paziente), i CC.TT.UU. incaricati dal Tribunale di omissis in sede di accertamento tecnico preventivo (dott.ri proff. Sirignano e Leopaldi) attestavano che, nel

contesto del contestato esame radiografico di screening polmonare del 14/03/2017 "non vi è alcun elemento di incertezza, come in questa sede pacificamente riconosciuto anche dai CC.TT. di parte convenuta" sul fatto che "fosse presente una nodularità superiore ai 2 cm al lobo inferiore del polmone di destra, con caratteristiche topografiche, morfologiche e densitometriche di oncopatia primitiva polmonare, sicuramente bisognevole di ulteriore approfondimento diagnostico, anche in considerazione delle note esposizioni professionali (amianto) e voluttuarie (tabagismo) del paziente che appunto ne aumentavano significativamente il rischio neoplastico.", soggiungendo inoltre che "anche se solo occasionale la individuazione di una neoformazione polmonare, e soprattutto di un nodulo isolato di oltre 2,0 cm e di natura assai dubbia, poteva e doveva essere effettuata dai sanitari, facendo così richiedere il necessario approfondimento diagnostico. Il risultato finale di questo censurabile comportamento fu che a distanza di circa 11 mesi la neoformazione polmonare presentata dal defunto Omissis risultava drammaticamente aumentata di volume (da 2,5 cm a 4,5 cm) assumendo tutti i caratteri della neoplasia maligna, e nello specifico di un carcinoma polmonare. Nel de cuius, quindi, è concretamente ipotizzabile un significativo ritardo diagnostico, quantificabile in 11 mesi, con le inevitabili conseguenze negative su di una patologia neoplastica del polmone di per sé a prognosi molto severa";

e) in sede di audizione istruttoria condotta dalla Procura regionale ai sensi dell'art. 60 c.g.c., i medesimi periti medico-legali avevano ulteriormente confermato, da un lato, che il contesto dello screening per patologie legate a

esposizione ad amianto era "paragonabile a quello di un normale esame radiografico del torace, specie se concentrato sull'area polmonare, (cosicchè) qualsiasi evidenza di anomalie andava segnalata, anche se rilevata occasionalmente" e d'altro lato che tale screening "comportava una limitazione del numero di proiezioni: anziché in tre posizioni, l'osservazione avviene in una sola posizione. Tuttavia, già dall'osservazione di quella sola proiezione risultava obiettivamente visibile la formazione in discussione, sostanzialmente una macchia, che doveva comportare senz'altro un approfondimento. (...) "In ogni caso, rispetto a noduli della dimensione osservabile nel caso di specie, non vi era spazio per escludere un approfondimento diagnostico";

f) l'azione risarcitoria promossa dagli eredi del Omissis, esaurita senza esito una fase conciliativa, transitava in un giudizio sommario di cognizione ex art. 702-bis c.p.c., definito dal Tribunale di omissis con pronuncia (ord. ex art. 702-ter c.p.c. n. 2637/2022) di accoglimento parzialmente delle domande formulate dagli attori e conseguente condanna della convenuta ASL Omissis a risarcire il danno *iure proprio* per la perdita parentale da essi subita (in termini di diminuita possibilità di sopravvivenza del defunto Omissis);

g) L'ASL di Omissis, in conformità al parere espresso dalla propria Commissione di valutazione sinistri (espressa all'unanimità dei rispettivi componenti) in ordine all'insussistenza di spazi di gravame quanto agli aspetti medico-legali, con delibera del Direttore generale n. 868/2022 dava esecuzione alle citate statuizioni di condanna, disponendo la liquidazione dell'importo complessivo di euro 1.063.855,63 ai soggetti danneggiati aventi

titolo.

h) Secondo il requirente, di tali esborsi risarcitori andavano fatti risalire alle condotte di servizio della dott.ssa OMISSIS, connotate da negligenza professionale di tangibile gravità, avuto riguardo alla peculiare evidenza e sicura evitabilità dell'errore diagnostico in cui era incorsa (i.e. l'errata refertazione e omesso approfondimento ulteriore per la caratterizzazione del nodulo polmonare): ciò che fondava un corrispondente addebito di responsabilità amministrativa, a titolo di colpa grave, nei confronti del dirigente medico, obbligato a ristorare l'amministrazione sanitaria di appartenenza dell'equivalente del quantum risarcitorio liquidato in favore degli eredi del sig. Omissis.

1.3. Ribadendo e confermando le richieste risarcitorie precedentemente avanzate, espone il requirente che, in particolare, nella vicenda ora nuovamente sottoposta allo scrutinio di questa Sezione, il vistoso errore diagnostico commesso dalla convenuta (errata refertazione dell'esame HRTC toracica senza m.d.c. del 14/03/2017 e omesso approfondimento ulteriore per la caratterizzazione del nodulo polmonare in quella sede ben visibile), concreterebbe la condotta antidoverosa, rilevante quale elemento materiale della fattispecie di responsabilità amministrativa: l'aver reso una così negligente prestazione professionale verso l'utenza integrerebbe una violazione dei doveri di servizio del medico pubblico, che ovviamente includono l'osservanza scrupolosa delle *leges artis* della professione medica. Tale condotta avrebbe esposto l'ASL Omissis alle pretese risarcitorie degli eredi del paziente pregiudicato dall'errore diagnostico, tradottesi nella

liquidazione giudiziale sopra indicata e nel successivo pagamento (documentato in atti) dell'importo di euro 1.063.855,36: esborso che integrerebbe il danno pubblico che in questa sede è addebitato alla convenuta dott.ssa Omissis, chiamata a reintegrare le finanze dell'ASL di Omissis del corrispondente importo monetario, oltre rivalutazione e interessi di legge.

1.4. Sotto altro profilo, secondo il requirente non potrebbe ragionevolmente dubitarsi in ordine alla sussistenza del richiesto nesso di derivazione causale di siffatto danno dalla descritta condotta anti doverosa dell'odierna convenuta: in proposito, oltre a osservarsi l'agevole verifica, già sul piano strettamente empirico-materiale, dell'efficienza causale della condotta antigiuridica rispetto al determinarsi dell'evento dannoso (i.e. il danno subito dal destinatario della prestazione e il successivo esborso risarcitorio sostenuto dall'ASL Omissis) andrebbe anche rilevata l'assenza di circostanze o eventi di contesto eccezionali/fortuite, tali da incidere su tale giudizio causale.

1.5. Altrettanto potrebbe dirsi in merito alla rilevante intensità della colpa qui contestata alla dott.ssa OMISSIS, sulla base di una valutazione in concreto e con riguardo al contesto e al tempo della condotta, laddove, come in più punti considerato, non potrebbe che ritenersi vi sia stato un assai rilevante scostamento tra quanto era richiesto, atteso ed esigibile in capo in sede di esame e refertazione del descritto esame diagnostico, e quanto invece verificatosi nei fatti: ovvero di non aver rilevato e disposto i doverosi approfondimenti diagnostici del caso un nodulo polmonare di dimensione

agevolmente osservabile, peraltro proprio nell'ambito di uno screening periodico di un soggetto esposto a rischio di patologie polmonari, per la sua "storia" di vita personale e professionale.

1.6. Conclude pertanto chiedendo l'accoglimento delle domande risarcitorie del danno patrimoniale arrecato dalla convenuta all'ASL di Omissis, come articolate nell'atto di citazione.

2. Si è costituita anche in questa fase di rinvio la dott.ssa Omissis, rappresentata e difesa, come in atti, anche disgiuntamente, dall'avv. Paolo de Divitiis e dall'avv. Alessandro De Angelis.

2.1. Parte convenuta rinviando innanzi tutto a quanto già esposto nella memoria di costituzione e risposta depositata il giorno 18.04.2024 ed alla documentazione ad essa allegata, rileva preliminarmente che in data 22.01.2026 è entrata in vigore la legge 7.01.2026, n. 1, che all'art. 1, comma 1, lettera a), ha modificato l'art. 1 della L. 14.01.1994, n. 20, ed all'art. 6, comma 1, ha stabilito che le suddette modifiche si applicano ai procedimenti ed ai giudizi pendenti, non definiti con sentenza passata in giudicato alla medesima data del 22.01.2026.

Nel caso in esame, la difesa espone che è già documentato che la retribuzione lorda percepita dalla dott.ssa Omissis nell'anno 2017 - nel corso del quale si sarebbe consumata la presunta condotta lesiva a lei ascritta - è stata pari a € 103.441,00 (cfr. pag. 4 del doc. 24), il cui doppio corrisponde a € 206.882,00: tale ultima somma, si ritiene, costituirebbe pertanto l'importo massimo che - nella denegata ipotesi di ritenuta infondatezza delle difese illustrate ai capi II, III e IV della memoria di costituzione e risposta della dott.ssa Omissis -

potrebbe essere posto a carico di quest'ultima. Fermo restando, si prosegue, quanto dedotto al § V.2 della ripetuta memoria in ordine sia alla necessità di ripartire paritariamente, tra la convenuta e l'ASL Omissis, la responsabilità del danno prefigurato dalla Procura Regionale, sia all'insussistenza, in ogni caso, di colpa esclusiva della dott.ssa Omissis.

2.2. Conclude pertanto chiedendo di:

- rigettare la domanda proposta nei confronti della dott.ssa Omissis, in quanto infondata;

- in subordine, contenere l'eventuale condanna nei limiti e tenuto conto di quanto indicato al capo V della memoria di costituzione e risposta della convenuta e nel presente atto, facendo in ogni caso uso del più ampio potere riduttivo. Con vittoria di spese e competenze di causa.

In via istruttoria, insiste affinché questa Corte disponga, ove ritenuto necessario ai fini della decisione, consulenza tecnica d'ufficio, mediante la nomina di consulenti diversi da quelli nominati dal Tribunale di omissis, ovvero, in subordine, la convocazione a chiarimenti dei consulenti precedentemente officiati, in contraddittorio con i consulenti tecnici di parte, sui rilievi esposti nella memoria di costituzione e risposta della convenuta.

3. All'udienza odierna sono comparsi il rappresentante del P.M. e di parte convenuta. Al termine della discussione la causa è stata trattenuta in decisione.

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Giova rammentare che nella precedente memoria di costituzione parte convenuta, per quello che rileva nella presente fase di rinvio, aveva dedotto:

1 l'assenza di colpa grave e della condotta anti-doverosa;

2. l'assenza del nesso causale, anche con riferimento alle sue conseguenze sulla decisione del giudice civile;

3. la conseguente erroneità della condanna emessa dal Tribunale di omissis laddove aveva unicamente accolto la seconda domanda risarcitoria riferita al danno non patrimoniale subito *iure proprio* dagli eredi per perdita del rapporto parentale e, conseguentemente, l'asserito grave errore commesso dall'l'ASL Omissis che aveva omesso di proporre appello avverso tale ordinanza. In subordine: erronea quantificazione della domanda con richiesta di applicazione del potere riduttivo.

1.1. Stante il vincolo posto dalla sentenza di appello n. 171/2025 che ha superato, in senso negativo, la questione di applicabilità dell'art. 13 della legge 8.3.2017 n. 24 (c.d. legge Gelli-Bianco) e sulla scorta della quale era stata dichiarata la inammissibilità dell'azione promossa dalla Procura regionale con la sentenza di questa Sezione n. 365 del 2024 (in ragione della mancata comunicazione da parte dell'ASL di Omissis alla odierna convenuta dell'instaurazione del giudizio promosso nei suoi confronti dagli eredi del danneggiato), occorre ora esaminare il merito della domanda.

1.2. Preliminarmente, ritiene comunque questa Sezione di poter egualmente osservare, come apparirà poi evidente nella esposizione delle ragioni poste a fondamento della presente decisione che, in ogni caso, la mancata partecipazione della dott.ssa OMISSIS al giudizio intentato dagli eredi del defunto Omissis davanti al Tribunale di omissis, abbia di fatto ostacolato la completa e perita difesa delle ragioni dell'Azienda sanitaria di Omissis,

conducendo ad una liquidazione di importi agli eredi, senza alcuna adeguata censura delle statuizioni di primo grado, non giustificata e comunque eccessiva.

1.3. Ciò posto, ritiene il collegio che la domanda debba essere respinta sotto il profilo della mancata dimostrazione del nesso causale tra la condotta della odierna convenuta ed il danno effettivamente liquidato - e liquidabile - dal Tribunale.

1.4. Giova premettere che il presente giudizio di responsabilità amministrativa deduce il danno indiretto subito dall'ASL di Omissis in ragione dell'esborso effettuato in seguito al risarcimento accordato dal Tribunale di omissis (ord. ex art. 702-ter c.p.c. n. 2637/2022) in parziale accoglimento alle domande svolte dagli eredi del defunto.

1.4.1. In proposito, questa Corte ritiene che occorra procedere innanzi tutto dall'esame della decisione del Tribunale di omissis, con particolare riferimento alla (unica) voce di danno liquidata agli eredi del paziente defunto.

Non è infatti condivisibile l'affermazione del P.M. che, a fronte delle censure della difesa della odierna convenuta a tale decisione, sostiene che non sarebbe rilevante il titolo risarcitorio specifico che ha sorretto l'accertamento giudiziale da cui è scaturito, quanto piuttosto l'innegabile riconducibilità di quel risarcimento ad una prestazione di servizio negligente.

Al contrario, ritiene questa Corte che in presenza di un danno indiretto prodottosi per effetto di una pronuncia di altro plesso giudiziario, dove la ipotetica responsabile in via amministrativa di tale danno, convenuta in

seguito davanti al giudice contabile, non abbia avuto possibilità di partecipare a tale giudizio, sia imprescindibile sottoporre ad adeguato esame tale decisione per vagliare la correttezza delle statuizioni, in ragione dell'effetto prodotto nel risarcimento accordato ai terzi lesi. Occorre quindi, sottoporre ad esame anche il "titolo risarcitorio specifico" dell'accoglimento e che ha determinato la condanna pronunciata nei confronti dell'ASL Omissis (titolo, tra l'altro, oggetto di specifica contestazione da parte dei difensori dell'odierna convenuta).

1.4.2. Ciò posto, si reputa opportuno procedere esaminando il contenuto della domanda risarcitoria accolta – e divenuta definitiva in difetto di impugnazione – dal Tribunale e il contenuto della consulenza tecnica condivisa senza osservazioni dal medesimo giudice.

Il Tribunale ha infatti tutto condiviso e fatto proprie le conclusioni dei CCTTUU, secondo i quali, appurato il colpevole ritardo diagnostico, hanno concluso affermando che: «[r]elativamente al trattamento, il dimostrato cambiamento peggiorativo di stadio ha praticamente impedito ogni utile attività terapeutica, e difatti gli interventi furono solo di carattere palliativo, laddove nel marzo 2017 era ancora possibile un intervento chirurgico radicale in assenza di altri trattamenti, e la chemioterapia soprattutto, atteso inoltre che la concomitante BPCO comunque non impediva l'atto operatorio, pur richiedendo un maggiore supporto farmacologico e riabilitativo. […] In termini prognostici, poi, la controllabile progressione di malattia ha inciso in misura abbastanza significativa. Da un tasso di sopravvivenza medio a 5 anni del 68% per i tumori allo stadio IB, si è passati a circa l'1% per i tumori

allo stadio IV, ricordando che le stime di sopravvivenza sono considerate non in base alla storia naturale del tumore ma al netto di tutti i provvedimenti terapeutici utilizzabili in quel determinato momento storico. Se, come appare in tutta evidenza, sono questi i termini reali della questione, una volta accertato che il defunto […] ha visto compromesse in misura apprezzabile le sue probabilità non certo di guarigione ma solo di sopravvivenza a seguito della mancante attività diagnostica posta in essere nei suoi confronti nel marzo 2017, sembra proporsi come scontata l'esistenza di un rapporto di causalità materiale tra il ritardo diagnostico e la ipotizzata importante riduzione delle chance di sopravvivenza o, se si preferisce, la sempre ipotizzata anticipazione dell'evento morte, ed in questo senso tenuto conto che in ogni caso tra mancata diagnosi e decesso sono trascorsi quasi 3 anni, la suddetta anticipazione dell'evento morte può esse indicata in 2 anni, periodo temporalmente non molto esteso ma che in ogni caso rappresenta un bene giuridicamente rilevante».

1.4.3. Quindi, il Tribunale ha affrontato l'esame delle domande svolte dagli eredi del defunto che nel proprio ricorso ex art. 702-bis c.p.c. avevano chiesto di essere risarciti:

1. *iure hereditatis*, per la perdita di chances e per la perdita di possibilità di sopravvivenza del *de cuius*;
2. *iure proprio*, per la perdita del rapporto parentale con il loro congiunto (atteso che tale voce di danno è stata espressamente posta a base della domanda formulata iure *hereditatis*).

A fronte di tale *petitum*, il Tribunale:

a) ha respinto la prima domanda, rilevando anzitutto che la stessa era riferita alla "medesima voce di danno" e riconoscendo, nel merito, di dover «aderire a quell'impostazione giurisprudenziale secondo cui «in tema di responsabilità medica, la tardiva diagnosi di un processo morboso terminale non determina il risarcimento del danno non patrimoniale da perdita di chance di sopravvivenza «iure successionis», per le stesse ragioni per cui non è risarcibile il danno da perdita della vita, posto che la chance non è un bene distinto dal diritto alla vita» (cfr. Tribunale Monza sez. II, 05/12/2017» (tale statuizione non è stata impugnata dagli eredi del sig. Omissis);

b) ha invece accolto la seconda domanda, in ordine alla quale ha precisato che «deve ritenersi presunta la sussistenza del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale, non avendo parte resistente fornito alcuna prova contraria, neppure di carattere presuntivo», procedendo alla quantificazione del relativo risarcimento in dichiarata applicazione delle tabelle per la valutazione del danno non patrimoniale elaborate dal Tribunale di Roma nel 2019, che dedicano un'apposita sezione alla liquidazione del "danno non patrimoniale da morte di un congiunto", prevedendo un sistema c.d. a punti dal valore unitario di € 9.806,70 (a titolo esemplificativo, alla vedova del *de cuius* sono stati assegnati 27 punti, di cui 20 per il rapporto coniugale, 2 per l'età della vittima, 2 per la sua stessa età e 3 per l'assenza di familiari conviventi, da cui scaturisce l'importo risarcitorio riconosciuto di € 264.780,90).

1.4.4. Secondo la difesa della dott.ssa Omissis, così operando, il Tribunale avrebbe finito per addebitare all'ASL Omissis la responsabilità esclusiva del

decesso del sig. Omissis - che sarebbe stato invece determinato da una patologia oncologica - e per l'effetto avrebbe quantificato il danno da perdita del rapporto parentale, riconoscendo integralmente gli importi ricavabili dalle tabelle romane per il caso di uccisione per *malpractice* sanitaria di un congiunto.

Al contrario, sostiene la difesa che in mancanza di alcuna responsabilità della struttura sanitaria per il decesso del sig. Omissis – e, quindi, in mancanza sia del nesso di causalità materiale tra la condotta colposa imputata all'ASL Omissis e la morte del *de cuius*, sia del nesso di causalità giuridica tra tale evento e le conseguenze dannose risarcibili - non sarebbe stato neanche lontanamente ipotizzabile la "perdita del rapporto parentale" quale autonoma voce di danno suscettibile di risarcimento, sicché il Tribunale, che aveva già rigettato la domanda relativa alla perdita di *chances* ed alla perdita di possibilità di sopravvivenza del sig. Omissis, avrebbe dovuto respingere anche tale ulteriore domanda, senza riconoscere, quindi, alcun importo a titolo risarcitorio (richiama: Cass. civ., sez. III, sent. n. 31136 del 21.10.2022, con cui sarebbe stata rimarcata l'impossibilità di predicare, dinanzi alla "mera perdita della possibilità di conseguire un miglior risultato, le conseguenze risarcitorie proprie dell'accertamento diretto del nesso di causa tra il comportamento omissivo dei medici e la morte del paziente con l'integrale risarcimento, a carico dei medici e della ASL, del danno da perdita del rapporto parentale subito dalla moglie e dai figli" del paziente).

1.5. Osserva questo Collegio che la terminologia impiegata dal Tribunale e dai consulenti d'ufficio, e le articolate censure svolte sul punto dalla difesa,

necessitano di essere esaminate e interpretate alla luce degli insegnamenti in materia della Corte di cassazione.

1.5.1. Innanzi tutto, secondo l'insegnamento della S.C., devono restare concettualmente distinti il danno da perdita anticipata della vita (danno da premorienza) va da quello da perdita di *chance* di (ulteriore) sopravvivenza (v. specialmente: Cass. n. 5641 del 2018).

1.5.2. Quanto a quest'ultimo, perdere la possibilità, seria apprezzabile e concreta, ma incerta nell'*an* e nel *quantum*, di vivere più a lungo a causa di diagnosi e/o cure tardive da errore medico, è un danno da perdita di *chance.*

Il danno per perdita di *chance* ricorre quindi quando vi sia incertezza sull'efficienza causale della condotta illecita *quoad mortem*, ma, al contempo, vi sia certezza eziologica che la condotta colpevole abbia cagionato la perdita della possibilità di vivere più a lungo (possibilità non concretamente accertabile nel *quantum* né predicabile quale certezza nell'*an*).

1.5.3. La perdita anticipata della vita (danno da premorienza) ricorre invece quando il segmento di vita sottratto al paziente, poi defunto, sia causalmente e temporalmente determinabile.

Il danno da perdita anticipata della vita va distinto da quello da perdita di "chance" di sopravvivenza, posto che, se la morte è intervenuta, come nel caso di specie, l'incertezza eventistica, che ne costituisce il fondamento logico prima ancora che giuridico (Cass. n. 5641 del 2018), è stata, di regola, smentita da quell'evento (Cass. n. 26851 del 2023).

Si tratta dunque di due voci non sovrapponibili, quella della c*hance* e della perdita anticipata della vita, salvo caso particolari (cfr. Cass. 26851 del 2023

cit.). La S.C. precisa al riguardo che, quanto alla perdita di *chance*, l'accertamento del nesso di causalità tra condotta dei sanitari e la perdita di *chance* deve tenere conto che in tale ipotesi la "possibilità perduta" (e non la perdita anticipata della vita) costituisce l'evento di danno (Cass. n. 26851 del 2023, con richiamo anche ad altri precedenti conformi).

L'incertezza del risultato (possibilità perduta) incide non sulla analisi del nesso causale, ma sulla identificazione del danno, poiché la possibilità perduta di un risultato sperato (nella quale si sostanzia la *chance*) è la qualificazione/identificazione di un danno risarcibile a seguito della lesione di una situazione soggettiva rilevante, e non della relazione causale tra condotta ed evento, che si presuppone risolta positivamente prima e a prescindere dall'analisi dell'evento lamentato come fonte di danno (Cass. n. 5641 del 2018).

In sostanza e riassuntivamente : «[…] 1) se la vittima è già deceduta al momento dell'introduzione del giudizio da parte degli eredi non è concepibile, né logicamente né giuridicamente, un "danno da perdita anticipata della vita" trasmissibile *iure successionis*, non essendo predicabile, come visto, nell'attuale sistema della responsabilità civile, la risarcibilità del danno tanatologico […]; é possibile, dunque, discorrere (risarcendolo) di "danno da perdita anticipata della vita", con riferimento al diritto iure proprio degli eredi, solo definendolo il pregiudizio da minor tempo vissuto ovvero da valore biologico relazionale residuo di cui non si è fruito; in conclusione, nell'ipotesi di un paziente che, al momento dell'introduzione della lite, sia già deceduto, sono, di regola, alternativamente concepibili e

risarcibili *iure hereditario*, se allegati e provati, i danni conseguenti: a) alla condotta del medico che abbia causato la perdita anticipata della vita del paziente (determinata nell'*an* e nel *quantum*), come danno biologico differenziale (peggiore qualità della vita effettivamente vissuta), considerato nella sua oggettività, e come danno morale da lucida consapevolezza dell'anticipazione della propria morte, eventualmente predicabile soltanto a far data dall'altrettanto eventuale acquisizione di tale consapevolezza in vita; b) alla condotta del medico che abbia causato la perdita della (apprezzabile) possibilità di vivere più a lungo (non determinata né nell'*an* né nel *quantum*), come danno da perdita di *chances* di sopravvivenza; in nessun caso sarà risarcibile *iure hereditario*, e tanto meno cumulabile con i pregiudizi di cui sopra, un danno da "perdita anticipata della vita" con riferimento al periodo di vita non vissuta dal paziente stesso;[…]» (Cass. 21415 del 2024).

1.5.4. Occorre inoltre precisare che la stessa S.C. chiarisce che nel giudizio introdotto dagli eredi per ottenere il risarcimento delle voci di danno *iure hereditario*, è comunque ben possibile avanzare anche la domanda di risarcimento del danno patito *iure proprio* dai parenti del defunto quale pregiudizio da minor tempo vissuto, ovvero da valore biologico relazionale residuo di cui non si è fruito, e tanto quale che sia la durata del "segmento" di esistenza cui la vittima ha dovuto rinunciare (Cass. 26851 del 2023).

1.6. Tanto premesso, procedendo ora ad esaminare la decisione e la CTU, deve innanzi tutto osservarsi che tale elaborato non chiarisce nettamente se il ritardo diagnostico addebitabile alla convenuta abbia impedito persino il ricorso ad un intervento che sarebbe stato risolutivo della malattia (tramite

opzione chirurgica e/o trattamento di chemioterapia ed immunoterapia) e, quindi, se le terapie tempestivamente adottabili avrebbero potuto condurre con apprezzabile e prevalente probabilità alla completa remissione e guarigione del paziente.

Oppure, se i consulenti d'ufficio abbiano qualificato l'omissione colposa unicamente come produttrice di una anticipazione di un evento mortale che sarebbe comunque intervenuto per effetto della malattia oncologica, quindi costituendo solamente una causa anticipatrice di un esito infausto dovuto al fatto di non aver potuto utilmente adottare terapie idonee a prolungare (solamente e temporaneamente) la sopravvivenza.

1.6.1. Sebbene, invero, le premesse della relazione peritale - laddove indicavano le possibilità di guarigione attestarsi anche al 68 per cento per i tumori intercettati allo stadio 1B, rispetto all'1 per cento per quelli allo stadio IV - potrebbero indurre a ritenere che un tempestivo riscontro del nodulo polmonare nel 2017 avrebbe consentito alla vittima di ricorrere a trattamenti farmacologici e/o chirurgici in grado di fargli apprezzabilmente conseguire la guarigione, tuttavia gli stessi consulenti, di seguito, precisavano che il defunto, per effetto del ritardo, «[…] ha visto compromesse in misura apprezzabile le sue probabilità non certo di guarigione ma di sopravvivenza» e quindi concludevano osservando che «[…] sembra proporsi come scontata l'esistenza di un rapporto di causalità materiale tra il ritardo diagnostico e la ipotizzata importante riduzione delle chance di sopravvivenza o, se si preferisce, la sempre ipotizzata anticipazione dell'evento morte, ed in questo senso tenuto conto che in ogni caso tra

mancata diagnosi e decesso sono trascorsi quasi 3 anni, la suddetta anticipazione dell'evento morte può esse indicata in 2 anni periodo temporalmente non molto esteso ma che in ogni caso rappresenta un bene giuridicamente rilevante».

1.6.2. La riduzione delle *chance* di sopravvivenza, nelle espressioni dei CC.TT.UU, pertanto appaiono declinate come «ipotizzata anticipazione dell'evento morte», fissata in due anni. Ed è in riferimento a tale effetto che gli stessi CC.TT.UU. individuano «l'esistenza di un rapporto di causalità materiale».

Pertanto, secondo quanto apparirebbe desumersi dalle espressioni da ultimo utilizzate dai CCTTUU, tale *chance* non riguarderebbe la perdita delle possibilità di conseguire la guarigione ma, piuttosto, la (sola) perdita della possibilità di godere di un ulteriore segmento di vita, e quindi dovrebbe essere intesa non come perdita della *chance* di una sopravvivenza, libera dal male, in remissione completa, ma come mera anticipazione di un evento morte – che si sarebbe comunque verificato – (e determinato dai medesimi consulenti in 2 anni) anche laddove fossero stati correttamente e tempestivamente adottati tutti i corretti protocolli terapeutici.

Trattandosi poi di un lasso di tempo determinato, tra l'altro, ad onta delle espressioni non univoche impiegate dai CCTTUU, non si verterebbe propriamente in materia di perdita di *chance* (che, come già rammentato, ricorre quando la perdita della possibilità di vivere più a lungo non sia determinata né nell'*an* né nel *quantum*) ma, piuttosto - ritenendo di poter fare applicazione delle considerazioni della S.C. sopra richiamate anche al caso

di specie - nell'ipotesi di danno da perdita anticipata della vita (danno da premorienza) dato che gli stessi hanno determinato in soli due anni il minor vissuto rispetto all'*exitus*.

1.6.3. Se si propende per tale ricostruzione, ciò significa che, stando a tale CTU, l'omissione diagnostica non sarebbe stata ritenuta concausa della morte del paziente (nel qual caso, al contrario, questi avrebbe avuto prevalenti probabilità di guarigione in assenza dell'errore commesso) ma, piuttosto, solamente causa di una anticipazione di un *exitus* infausto che si sarebbe comunque prodotto, seppur circa due anni più tardi.

1.7. Ciò posto, ritiene questa Corte che le censure mosse dalla difesa della odierna convenuta sul punto a tale ordinanza siano solo in parte fondate.

1.7.1. Giova in proposito evidenziare che il Tribunale pare aver dato una lettura differente delle conclusioni della CTU: infatti la decisione conclude ritenendo dimostrato «il nesso causale con l'evento nefasto subito dal de cuius».

Quindi, secondo quanto motivato dal Tribunale, la consulenza d'ufficio avrebbe individuato una corresponsabilità tra la omissione della convenuta e la morte del paziente. Ed in questo senso pare poi accogliere la domanda proposta *iure proprio* dagli eredi, come perdita del rapporto parentale, liquidando tale danno non patrimoniale con riferimento alle tabelle del Tribunale di Roma.

E, proprio per tale motivo, il Tribunale di omissis ha poi rigettato le domande proposte *iure successionis* dagli eredi, come danno da perdita di *chance* o di perdita anticipata della vita, (non è concepibile, né logicamente né

giuridicamente, un "danno da perdita anticipata della vita" trasmissibile iure successionis, non essendo predicabile, come visto, nell'attuale sistema della responsabilità civile, la risarcibilità del danno tanatologico – Cass. 21415 del 2024 - e, di contro, non risultando avanzata una richiesta di risarcimento *iure successionis* per danno biologico differenziale o danno morale 'terminale').

Per altro verso, l'evento morte era già stato ritenuto causalmente rilevante dal Tribunale per gli eredi che avevano agito anche *iure proprio*, risarciti per la perdita del rapporto parentale: esso, dunque, 'assorbiva' le perdite di *chance* o il danno da premorienza (come motivato dal Tribunale con richiamo a precedenti).

Tale decisione, pertanto, appare in sé intrinsecamente coerente e resiste alle critiche difensive.

1.7.2. Il punto che, invece, questo Collegio ritiene non condivisibile, concerne, per quanto sopra esposto, la stessa premessa della decisione del Tribunale, e cioè che l'evento infausto derivasse causalmente dall'errore sanitario commesso dalla radiologa e quindi che dovesse essere liquidato il danno agli eredi secondo tale presupposto.

Al contrario, secondo questo Collegio la domanda di risarcimento per la perdita del rapporto parentale proposta *iure proprio* dagli eredi (in ogni caso ammissibile, come visto, tenuto conto degli arresti della S.C. sopra richiamati: Cass., n. 26851/2023, Cass. n. 35998/2023, Cass. 21415/2024), avrebbe dovuto essere qualificata – ed accolta – solamente come danno da perdita del rapporto parentale per la anticipata perdita della vita, cioè come

danno "da minor tempo vissuto" con il paziente deceduto (da ultimo, riepilogativa su tutte le fattispecie ipotizzabili, con richiamo alla giurisprudenza precedente: Cass. 2861 del 2025), ma dove l'evento morte non era dipendente dall'errore medico.

1.7.3. Sulla base di quanto sopra, devono di conseguenza condividersi le obiezioni difensive laddove censurano il criterio di calcolo utilizzato dal Tribunale per liquidare la voce di danno effettivamente riconosciuta, anche se la decisione non abbia dato puntuale risalto ai vari parametri di liquidazione utilizzati, al peso attribuito a ciascuno di essi e al loro combinato operare (così invece: Cass. 2861 del 2025 cit.).

1.7.3. La questione non involve l'utilizzo delle tabelle piuttosto che il ricorso ad una valutazione in via equitativa. Infatti, mentre nel caso della perdita della *chance* di poter accedere a terapie in grado di rallentare il decorso della malattia, secondo la sopra richiamata giurisprudenza della S.C., il danno deve essere liquidato in via equitativa e non secondo il criterio tabellare, nei casi invece in cui la condotta colpevole del sanitario abbia prodotto la perdita anticipata della vita, stabilita per un periodo di tempo determinato (come il caso di specie), il ricorso al sistema 'tabellare' deve in tesi ritenersi ammissibile (pur tenendo conto che le decisioni sopra riportate si riferivano principalmente ad ipotesi di danno biologico patito dal defunto).

Il punto critico, invece, risiede proprio nell'aver liquidato il danno come in una ipotesi in cui la *malpractice* medica sia stata accertata come causa o concausa dell'evento morte, e non, invece, come solo danno per perdita anticipata della vita.

In tal caso, il calcolo avrebbe dovuto essere corretto tenendo conto dei soli due anni di vita sottratti dall'errore diagnostico al paziente deceduto, conducendo quindi ad una liquidazione verosimilmente di gran lunga inferiore.

Tanto conduce anche a ritenere non condivisibile la scelta dell'ASL di Omissis di non impugnare tale liquidazione.

1.7.4. Se dunque appare accertato che la liquidazione del danno è stata determinata in eccesso, procedendo da una controvertibile interpretazione delle conclusioni peritali, nondimeno non appare necessario in questa sede procedere anche a riformulare il calcolo ipotetico della corretta liquidazione, e neppure confrontarsi con i limiti posti dalla recente legge n. 1 del 2026, da valutare anche in riferimento a quelli precedenti contenuti nella c.d. legge Gelli-Bianco, trattandosi tutte di questioni assorbite da quanto si viene ad affermare di seguito.

1.8. Passando ad esaminare invece gli altri aspetti di rilievo nel presente giudizio, questo Collegio ritiene innanzi tutto ricorrente senza dubbio la gravità della colpa nell'omissione commessa dall'odierna convenuta.

1.8.1. Sul punto, i CC.TT.UU hanno evidenziato che all'esame TAC del marzo 2017 fosse presente una nodularità superiore ai 2 cm al lobo inferiore del polmone di destra, con caratteristiche topografiche, morfologiche e densitometriche di oncopatia primitiva polmonare, sicuramente bisognevole di ulteriore approfondimento diagnostico, anche in considerazione delle note esposizioni professionali (amianto) e voluttuarie (tabagismo) del paziente che appunto ne aumentavano significativamente il rischio

neoplastico.

1.8.2. L'omissione diagnostica commessa dalla convenuta, che non refertò tale presenza e quindi che impedì ogni altro approfondimento diagnostico che al suo riscontro sarebbe stato del tutto doveroso, si connota indubbiamente per essere stata commessa con colpa grave.

Emerge difatti la semplicità ed ordinarietà dell'attività svolta, a fronte di un accertamento che data la entità del nodulo presente non avrebbe richiesto alcun impegnativo esame ma sarebbe emersa immediatamente dalla semplice lettura completa delle immagini. I periti incaricati, senza trovare sostanziale contestazione da parte del consulente di parte indicato dall'ASL di Omissis, hanno nettamente riconosciuto che dalle immagini dell'esame radiografico del paziente refertato non vi era possibilità di non notare una formazione sospetta (materialmente una "macchia" osservabile d'evidenza visiva).

1.8.3. Non sono invece condivisibili le deduzioni difensive dirette a diminuire il grado della colpa.

1.8.3.1. Non rileva la circostanza che la finalità del controllo eseguito fossero dirette a ricercare la presenza di alterazioni anatomiche idonee a sostenere una possibile condizione di asbestosi e che data a finalità dello *screening* era stato effettuato l'esame da una sola posizione con un numero inferiore di proiezioni, così da sostenere che il referto fosse corretto rispetto a quanto si richiedeva ed era stato eseguito, dal momento che non s'indagava la presenza di patologie oncologiche polmonari.

Infatti, come osservato condivisibilmente dai consulenti, si stava indagando

un distretto corporeo in un soggetto la cui storia clinica e di vita nota (esposizione amianto, tabagismo) comportava comunque l'esposizione a rischi di malattia oncologica, sicchè, seppur l'occasione fosse la ricerca di segni di affezione di asbestosi, non poteva essere trascurato che vi era un alto rischio di individuazione di neoformazioni che non consentiva di ridurre l'attenzione al solo punto specifico dello screening.

1.8.3.2. Le diverse modalità di esecuzione della TAC sono poi irrilevanti, in quanto resta confermato e non discusso che quelle immagini eseguite nel 2017 rendessero comunque già evidente la presenza del nodulo.

1.8.3.3. Nemmeno assumono rilievo in senso diminuente il grado della colpa attribuibile alla convenuta le asserite condizioni di rilevante carico lavorativo del reparto ospedaliero.

Come ha condivisibilmente replicato il requirente pubblico, tali condizioni di contesto non potrebbero comunque incidere sul piano della concreta esigibilità della condotta alternativa diligente e sull'apprezzamento di un così rilevante scostamento verificatosi nel caso di specie: salvo ammettere che un preteso eccessivo carico di lavoro possa discolpare una disamina e una refertazione di esami così decisivi per le concrete circostanze del caso, senza il benché minimo scrupolo di diligenza, sufficiente ad accorgersi di una "macchia" ben visibile e a richiedere dei conseguenti approfondimenti diagnostici.

Nella sostanza, un eccessivo carico di lavoro rispetto a quello esigibile, sia contrattualmente e, persino, si potrebbe dire, umanamente, potrebbero scriminare, in parte, possibili ritardi nell'esecuzione della refertazione (ma

solo ipotizzando che vi sia un significativo scollamento organizzativo tra i volumi di accettazione ed esecuzione degli esami e i massimi carichi di lavoro – esigibili - dei sanitari addetti alla refertazione).

Ma non certo potrebbe rendere solo lievemente colposa la generale attività di refertazione che, in ragione del suo elevato numero ammettesse una esecuzione superficiale ed approssimativa ed inglobasse quindi il potenziale alto rischio di omesse diagnosi di fenomeni patologici pur riscontrabili con una ordinaria diligenza. Essendo evidente che la quantità dei referti eseguiti, a queste condizioni, cioè in ipotesi trascurato e superficiale, non compenserebbe, sotto nessun profilo, un minor volume di esecuzioni, tuttavia scrupolose e rispettose delle *leges artis.*

1.9. Deve ora essere affrontata l'ultima questione, e cioè la verifica della sussistenza del nesso causale tra l'omissione imputabile alla convenuta ed il danno accertato e suscettibile di risarcimento (nei termini e nei limiti sopra descritti).

Nesso di causalità che, per quanto sopra esposto, deve accertarsi tra l'omesso riscontro del nodulo nel referto del 2017 e l'unica voce di danno liquidata ai parenti del defunto *iure proprio*, cioè la anticipata perdita del rapporto parentale, stabilita in due anni dai consulenti nominati dal Tribunale.

1.9.1. Ed in proposito, questa Sezione ritiene fondate e quindi da accogliere le eccezioni di parte difensiva.

La consulenza d'ufficio sul punto svolge alle pagg. 17-18 il seguente *iter* argomentativo:

a) "nel marzo 2017, epoca del controllo TC del torace presso il PO di Omissis,

e stando al dato documentale, la probabile neoplasia polmonare ancora non aveva dato invasione locale, metastasi linfonodali ed a distanza, sicche´ con maggioritaria probabilità era quindi stadiabile come un tumore IB";

b) "al momento della diagnosi di certezza, e cioè nel febbraio 2018, il tumore polmonare, aveva invaso le strutture anatomiche adiacenti ed a distanza, con evidenza rispettivamente di metastasi linfonodali e di una metastasi ossea al femore destro, e si trattava dunque di uno stadio IV. Relativamente al trattamento, il dimostrato cambiamento peggiorativo di stadio ha praticamente impedito ogni utile attività terapeutica, e difatti gli interventi furono solo di carattere palliativo, laddove nel marzo 2017 era ancora possibile un intervento chirurgico radicale in assenza di altri trattamenti, e la chemioterapia soprattutto, atteso inoltre che la concomitante BPCO comunque non impediva l'atto operatorio, pur richiedendo un maggiore supporto farmacologico e riabilitativo";

c) "da un tasso di sopravvivenza medio a 5 anni del 68% per i tumori allo stadio IB, si è passati a circa l'1% per i tumori allo stadio IV";

d) "se, come appare in tutta evidenza, sono questi i termini reali della questione, una volta accertato che il defunto Omissis ha visto compromesse in misura apprezzabile le sue probabilità non certo di guarigione ma solo di sopravvivenza a seguito della mancante attività diagnostica posta in essere nei suoi confronti nel marzo 2017, sembra proporsi come scontata l'esistenza di un rapporto di causalità materiale tra il ritardo diagnostico e la ipotizzata importante riduzione delle chance di sopravvivenza o, se si preferisce, la sempre ipotizzata anticipazione dell'evento morte, ed in questo senso tenuto

conto che in ogni caso tra mancata diagnosi e decesso sono trascorsi quasi 3 anni, la suddetta anticipazione dell'evento morte può esse indicata in 2 anni, periodo temporalmente non molto esteso ma che in ogni caso rappresenta un bene giuridicamente rilevante".

La difesa della convenuta OMISSIS, al riguardo, censura il vizio di tale ragionamento, individuato proprio nella sua stessa premessa, e cioè la definizione dello stato del paziente alla data del marzo 2017, che viene ricondotta - non avendo dato luogo ancora né a invasione locale, né a metastasi linfonodali ed a distanza - "con maggioritaria probabilità … come tumore IB" sebbene, si eccepisce, tale dato non sia supportato dal benché minimo indizio né da alcun dato clinico.

1.9.2. Al riguardo, occorre convenire, come obiettato dalla difesa sul punto, che nella documentazione prodotta nel procedimento ex art. 696-bis c.p.c. ed esaminata dai CC.TT.UU. non emerge alcun elemento oggettivo che consenta di avvalorare - anche soltanto in via indiziaria - le condizioni cliniche in cui versava il paziente ed il grado di stadiazione del tumore che il collegio peritale ha riferito al marzo 2017.

L'unico elemento certo è il successivo stato del medesimo paziente nel febbraio del 2018 che alla TAC presentava delle metastasi linfonodali, una metastasi ossea e un adenocarcinoma di stadio IV, per il quale era possibile disporre soltanto l'esecuzione di trattamenti palliativi, come di fatto è poi avvenuto.

Manca invece, per il periodo precedente, a parte la TAC toracica del 2017, alcuna altra indagine diagnostica che rendesse noto o, comunque che

consentisse di ritenere, anche solo in via induttiva che le condizioni patologiche poi riscontrate nel febbraio 2018 fossero completamente assenti nel marzo 2017.

1.9.3. Sul punto sono difatti assai più convincenti le argomentazioni svolte dai CC.TT. dell'ASL (prof. Brunese e dott. De Cristofaro) che evidenziano che «la supposizione, prospettata dai CC.TT.UU., di un passaggio della neoplasia polmonare da un I ad un IV stadio risulta alquanto dubbia ed espressa in assenza di elementi che possano conferirle un sufficiente livello di probabilità. Ciò in quanto:

1) malgrado non si disponga del "grading" della neoplasia (il grado istologico o grading, detta anche classificazione di Broder, rappresenta una misura del grado di aggressività o grado di differenziazione cellulare di un tumore) è evidente che solo in caso di un grading molto alto, e quindi di una neoplasia molto aggressiva, potrebbe ipotizzarsi una così rapida evoluzione della neoplasia da un presunto primo stadio ad un quarto stadio in soli 11 mesi; esiste infatti una correlazione inversa tra grading e sopravvivenza, come anche documentato dalla letteratura internazionale.

2) non può escludersi un interessamento linfonodale già al momento dell'esame TC ad alta risoluzione [del 14.03.2017], atteso che tale metodica non era adeguata a rilevare tale condizione;

3) non può escludersi che la neoplasia avesse già interessato organi a distanza, posto che la medesima indagine TC era circoscritta allo studio esclusivo del torace e di nessun'altro distretto anatomico, ciò anche in relazione all'istotipo, un adenocarcinoma, che, come documentato da dati di

letteratura, ha una ben maggiore tendenza a dare metastasi a distanza e minore sopravvivenza a 5 anni, rispetto al secondo più frequente istotipo di neoplasia polmonare, il carcinoma epidermoide, come documentato dai dati di letteratura internazionale.

Non appare superfluo, in proposito, ricordare che la "stadiazione" di una neoplasia del polmone implica non solo l'accertamento della lesione, della sua vascolarizzazione, dei suoi rapporti anatomici e dell'eventuale presenza di linfonodi sospetti, ma anche il sistematico studio del resto del corpo, cranio - collo - addome e pelvi, per la individuazione di "metastasi a distanza", che condizionano fortemente l'indicazione terapeutica e la prognosi. Nel contempo, la individuazione di localizzazioni ossee della malattia richiede anche indagini suppletive (scintigrafia, PET).

Considerato che accreditati studi della letteratura internazionale documentano che, al momento della prima evidenza strumentale della lesione polmonare, il 22% delle neoplasie ha già localizzazioni linfonodali e ben il 55% ha già localizzazioni a distanza, ossia metastasi, cosa particolarmente vera per gli adenocarcinomi - come già detto in precedenza - ne consegue che anche la stima di anticipazione del decesso di due anni rappresentata dai CC.TT.UU. risulta incondivisibile ai fini valutativi, considerato altresì che la stessa non tiene conto delle comorbilità presentate dal paziente anche a livello dello stesso apparato respiratorio (quale l'asbestosi polmonare)».

Al riguardo, deve evidenziarsi che questa questione è stata affrontata e oggetto di replica da parte dei CC.TT.UU. ma, in effetti, la risposta fornita

evidentemente non può soddisfare laddove, alla pag. 17 della relazione di consulenza d'ufficio, si risponde alle osservazioni dei CC.TT. di parte che: «[c]ertamente, gli elementi a disposizione non consentono di esprimersi sulla reale stadiazione del tumore nel marzo 2017, epoca della prima TC toracica, ma a nostro avviso la difficoltà tecnica impone di orientare il giudizio secondo l'ipotesi più favorevole per il defunto Omissis, e d'altra parte se - come incautamente si vuole sostenere - le metastasi erano già presenti nel marzo 2017, ci sembra ragionevole ritenere che le prime evidenze cliniche della neoplasia si sarebbero manifestate molto prima degli 11 mesi intercorsi tra i 2 esami TC del torace».

1.9.4. Ma in tal modo, come obbietta la difesa, i CC.TT.UU. finiscono per ammettere che la stadiazione al livello IB, dagli stessi quantificata e riferita al marzo 2017, non era sorretta da alcun dato concreto, ma era stata formulata al solo fine di sostenere «l'ipotesi più favorevole per il defunto Omissis».

Si tratta di una valutazione, quella dei CC.TT.UU. che, proprio perché del tutto revocabile in dubbio dagli argomenti svolti dai CC.TT. di parte, è ben lungi dal dare dimostrazione del nesso causale secondo il principio del 'più probabile che non', retrocedendo il livello del giudizio finale dalla ragionevole (maggior) probabilità alla molteplice possibilità, e che difatti viene formulato dai CC.TT.UU. unicamente in quanto si tratterebbe dell'"ipotesi più favorevole al sig. Omissis", laddove le ipotesi di sviluppo della malattia pregressa mostrano invece un ampio ventaglio di possibilità a seconda sia della tipologia dell'affezione tumorale che della sua stessa

aggressività (come emerge dalla letteratura in materia richiamata dai CC.TT. di parte e restata priva di ogni osservazione critica).

Il punto nodale è proprio la mancanza di ogni elemento sullo stato effettivo di salute del paziente all'epoca dell'esame svolto nel 2017 dall'odierna convenuta, laddove senza tali elementi non è stato possibile, sul punto concordando tutti i consulenti, il c.d. *grading* del tumore, elemento indubbiamente determinante per poter dedurre le ulteriori conseguenze sui tempi di sviluppo dello stesso anche negli altri distretti corporei e quindi per calcolare, in definitiva, il tempo effettivamente perduto dal defunto a cagione dell'omissione colposa commessa dalla convenuta (per un caso mostrante analogie con il presente: Cass. n. 16381 del 2010).

1.9.5. Mancano dunque i termini inziali per poter esprimere un giudizio di causalità specifica in rapporto all'evento di danno, che non è la morte ma il minor tempo vissuto, restando in definitiva del tutto inattendibile e sguarnita di prova la prognosi *quoad vitam* del sig. Omissis operata dai CC.TT.UU. e che deve essere pertanto disattesa.

Il mancato riscontro di tali aspetti nel corso del giudizio svoltosi davanti al Tribunale di omissis, unitamente alla scelta dell'ASL di Omissis di non impugnare la decisione di primo grado, che avrebbe invece fornito argomenti per chiederne la riforma, hanno invece determinato un ingente esborso a carico dell'azienda sanitaria, non però ora addebitabile – a giudizio di questa Sezione giurisdizionale - alla odierna convenuta.

1.9.6. Solo per completezza si condivide anche l'ulteriore obiezione difensiva che contesta l'affermazione della Procura secondo la quale si potrebbe

giungere alla conclusione che all'epoca dell'esame la patologia fosse addirittura più sviluppata. È evidente difatti che se al momento dell'esame il sig. Omissis si fosse trovato già ad un livello di sviluppo tale da non poter più garantire al paziente l'accesso a cure più efficaci ed una maggiore possibilità di sopravvivenza, tanto meno sarebbe formulabile l'ipotesi che l'omesso riscontro del nodulo avesse effettivamente prodotto una perdita apprezzabile di un segmento di esistenza.

Trattandosi di riscontri diagnostici che paiono non essere mai stati effettuati al tempo, resta peraltro preclusa la ipotesi di dare utilmente seguito ad una nuova CTU in questa sede.

2. In definitiva, per quanto sopra esposto, la domanda attorea deve essere rigettata mancando l'accertamento, non utilmente conseguibile anche con il ricorso ad ulteriori riscontri tecnici, tra la condotta pur gravemente colposa della odierna convenuta ed il danno (anche solo liquidabile) dal giudice ordinario riferito alla perdita anticipata del vincolo parentale (danno da premorienza), con assorbimento di ogni altra domanda ed eccezione.

3. Il rigetto della domanda nel merito comporta la liquidazione delle spese del giudizio della presente fase, ai sensi dell'art. 31 comma 2, c.g.c., determinate nella misura di euro 9.800,00 oltre 15 per cento spese generali, IVA e CPA; importi compensati per un terzo ai sensi dell'art. 31, comma 3 c.g.c. in ragione del non integrale accoglimento delle eccezioni di parte convenuta che può essere considerato alla stregua di una parziale soccombenza.

Mentre, in ragione della decisione d'appello, queste possono essere

interamente compensate.

PQM

la Corte dei Conti, sezione giurisdizionale regionale per la Campania, definitivamente pronunciando, respinge la domanda proposta nei confronti di Omissis.

Liquida le spese in difesa in favore della convenuta nell'importo di euro 9.300,00 oltre 15 per cento spese generali, IVA e CPA.; somme compensate per un terzo e da porsi a carico dell'ASL di Omissis. Compensa le spese d'appello.

Manda alla Segreteria per gli adempimenti di competenza.

Così deciso in Napoli, nella Camera di consiglio del 17 marzo 2026.

IL PRESIDENTE - estensore

Paolo Novelli

DECRETO

Il Collegio, ravvisati gli estremi per l'applicazione dell'art. 52 commi 1 e 2 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, dispone che, a cura della Segreteria, venga apposta l'annotazione di cui al comma 3 del suddetto art. 52 nei confronti delle parti.

IL PRESIDENTE

Paolo Novelli (firma digitale)

depositata in Segreteria il giorno 22/04/2026

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

Maurizio Lanzilli

(firma digitale)

In esecuzione di quanto disposto dal Collegio, ai sensi dell'art. 52 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, in caso di diffusione dovranno essere omesse le generalità e tutti gli ulteriori elementi identificativi delle parti.

IL DIRETTORE DELLA SEGRETERIA

Maurizio Lanzilli

(firma digitale)