

CAUSALITÀ E COLPA NELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL MEDICO

FRANCESCA GIARDINA*

RESUMEN: La responsabilidad civil del médico, prototipo de la responsabilidad profesional, tiene una naturaleza típicamente contractual al derivar del incumplimiento de una obligación contractualmente asumida por el profesionista (deudor) frente al propio paciente (acreedor): sobre el médico se cargan, de hecho, las obligaciones fundadas en el contrato de obra intelectual (prestación de servicios profesionales) a cargo del profesionista. Sin embargo cuando no existe una relación directa de fuente contractual entre el médico (deudor) y el paciente (acreedor), la doctrina y la jurisprudencia tienden, siguiendo varias opciones interpretativas, a ofrecer al paciente el régimen, considerando más favorable, de la responsabilidad deudora. La teoría que ha cobrado mayor aceptación reconstruye la responsabilidad médica como una de tipo contractual, al amparo de lo que se conoce como "contrato social cualificado". El criterio común que se aplica es el de "debida diligencia del buen padre de familia" previsto en el artículo 1776, apartado 1 del Código Civil Italiano, referido a las obligaciones en general, y además especificado en la sección 2 de dicho precepto, en caso de actividad profesional, por las cuales la diligencia debe ser considerada dentro de la naturaleza de la actividad ejercitada. El legislador también ha previsto (en el artículo 2236 del Código Civil) una "especial" disposición tendiente a limitar la responsabilidad del profesionista a la sola hipótesis de dolo o culpa grave, si lo que representa que la prestación del servicio médico implica la solución de problemas técnicos de especial dificultad: se trata de una norma que limi-

* Professore ordinario di diritto privato Dipartimento di Giurisprudenza Università di Pisa.

ta la responsabilidad, y por ello no debe ser considerada como una cláusula que exonera de tal responsabilidad al profesional, ni de un caso autónomo para regular la responsabilidad. Por lo que respecta al tema de la responsabilidad dentro del sistema de salud, si bien no existe duda que el hospital responde del daño causado por sus médicos, al vincularlo a un contrato de trabajo, representa para el derecho un mayor problema a resolver la hipótesis en la cual el médico, autor del acto ilícito, no fuese dependiente del hospital, sino simplemente hubiese utilizado su estructura para sus actividades. En muchas ocasiones los tribunales de apelación han precisado que sólo después de haberse acercado al nexo de la causalidad, es posible pasar a la valoración del elemento subjetivo de la culpa. Frecuentemente, todavía, en algunos pronunciamientos jurisprudenciales, las dos posturas se entrelazan al punto de confundirse, como una especie a seguir de la afirmación de un concepto de culpa objetiva, apreciada con base en estándares generales de comportamiento. Un problema particularmente delicado, vinculado al nexo de causalidad, es aquél que da relevancia a las causas naturales que originan los efectos perjudiciales en el paciente y, en particular, de la relevancia del progreso en las condiciones de salud del paciente en la reducción del daño a resarcir.

PALABRAS CLAVE: Médico, Daños al paciente, Responsabilidad, Derecho Civil, Culpa profesional, Causalidad.

ABSTRACT: La responsabilità civile del medico, prototipo della responsabilità professionale, ha natura tipicamente contrattuale, in quanto deriva dall'inadempimento di una obbligazione contrattualmente assunta dal professionista (debitore) nei confronti del proprio cliente (creditore): sul medico gravano, infatti, gli obblighi nascenti dal contratto d'opera intellettuale a carico del professionista. Quando però non sussista un diretto rapporto di fonte contrattuale tra medico (debitore) e paziente (creditore), dottrina e giurisprudenza tendono, seguendo varie opzioni interpretative, ad offrire comunque al paziente il regime, ritenuto più favorevole, della responsabilità debitoria. La teoria che ha avuto maggior fortuna ricostruisce la responsabilità medica come contrattuale, facendo ricorso al c.d. "contatto sociale qualificato". Il criterio ordinario della diligenza del buon padre di famiglia, previsto dal 1° comma dell'art. 1176 c.c. per le obbligazioni in generale, viene specificato dal 2° comma in caso di attività professionali, per le quali la diligenza deve essere commisurata alla natura della attività esercitata. Il legislatore ha

poi previsto (art. 2236 c.c.) una "speciale" disposizione volta a limitare la responsabilità del professionista alle sole ipotesi di dolo o colpa grave, qualora la prestazione implichi la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà: si tratta di una norma che pone soltanto una limitazione di responsabilità, non di una clausola di esonero da responsabilità per il professionista, né di una autonoma fattispecie di responsabilità. Quanto alla struttura sanitaria, mentre è pacifico che la casa di cura privata risponda del danno causato dal medico ad essa legato da un rapporto di lavoro dipendente, maggiori problemi ha sollevato l'ipotesi in cui il medico autore del fatto illecito non fosse dipendente della clinica privata, ma avesse semplicemente utilizzato le strutture di questa per l'esecuzione dell'intervento. In più occasioni la Cassazione ha precisato che solo dopo l'accertamento del nesso di causalità è possibile passare alla valutazione dell'elemento soggettivo della colpa. Sovente, tuttavia, in alcune pronunce giurisprudenziali, i due profili si intrecciano al punto da confondersi, specie a seguito dell'affermazione di un concetto di colpa oggettiva, valutata in base a standards generali di comportamento. Problema particolarmente delicato, legato all'accertamento del nesso di causalità, è quello della rilevanza delle concause naturali nella produzione di effetti pregiudizievoli per il malato e, in particolare, della rilevanza delle pregresse condizioni di salute del paziente nella riduzione del danno risarcibile.

PAROLE CHIAVE: Medico, Danni al paziente, Responsabilità, Diritto civile, Colpa professionale, Causalità.

SOMMARIO: 1. *Natura della responsabilità del medico.* 2. *Il contratto d'opera intellettuale e gli obblighi del medico.* 3. *Diligenza e colpa professionali: considerazioni di base.* 4. *L'art. 2236 c.c. e i problemi tecnici di speciale difficoltà.* 5. *Responsabilità del medico e della struttura sanitaria.* 6. *L'onere della prova.* 7. *Nesso di causalità, colpa e onere della prova.* 8. *La perdita di chance nella responsabilità medica.* 9. *La rilevanza delle concause naturali.*

1. NATURA DELLA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO

La responsabilità civile del medico costituisce il prototipo della responsabilità professionale, della quale rappresenta tuttora il modello di riferimento. Il suo inquadramento

sistematico richiede, dunque, una preliminare definizione della figura più generale.

La responsabilità professionale è una responsabilità di natura tipicamente contrattuale, in quanto deriva dall'inadempimento di una obbligazione contrattualmente assunta dal professionista (debitore) nei confronti del proprio cliente (creditore). In linea di principio, pertanto, fatta salva l'operatività della norma speciale dell'art. 2236 c.c., la disciplina di tale responsabilità non si discosta dalle regole relative alla responsabilità debitoria (artt. 1218, 1176, 1175 e 1256 c.c.).

Quando però non sussista un diretto rapporto di fonte contrattuale tra medico (debitore) e paziente (creditore), il problema della natura della responsabilità medica resta aperto e la sua soluzione è determinante ai fini dell'individuazione del regime applicabile. Il caso più significativo è quello del medico dipendente da una struttura sanitaria nei confronti del paziente, che ha un rapporto contrattuale con la struttura, ma non direttamente con il medico. Mentre è certo che la responsabilità della struttura sia di natura contrattuale, la responsabilità del medico dipendente dovrebbe, a rigore, essere qualificata come extracontrattuale, ed essere regolata non dagli artt. 1218 ss. c.c., bensì dagli artt. 2043 ss. c.c.

Ma dottrina e giurisprudenza tendono, seguendo varie opzioni interpretative, ad offrire comunque al paziente il regime, ritenuto più favorevole, della responsabilità debitoria anche nei confronti del medico dipendente. Un primo orientamento afferma l'aperta contrattualità della relazione tra medico dipendente e paziente individuando una fonte legale per l'obbligazione del professionista, i cui fatti costitutivi sarebbero l'accettazione in cura del paziente da parte dell'ospedale e la sua assegnazione a un certo medico o ad una certa *équipe* sanitaria.

Maggior fortuna in giurisprudenza ha avuto, tuttavia, un diverso orientamento interpretativo, che ricostruisce la responsabilità medica attraverso il ricorso alla c.d. teoria del "contatto sociale qualificato". Il *leading case* in materia di "responsabilità da contatto" è stato affrontato proprio con riguardo al settore della responsabilità sanitaria, e segnatamente nella sentenza n. 589/1999 della Corte di Cassazione. L'argomentazione fondamentale a sostegno della decisione è costituita proprio dall'intensità della tutela del paziente alla stregua dell'uno o dell'altro regime di responsabilità. Si afferma, infatti, che, "se la responsabilità del medico (dipendente) fosse tutta ristretta esclusivamente nell'ambito della responsabilità aquiliana, essa sarebbe configurabile solo nel caso di lesione della salute del paziente conseguente all'attività del sanitario e quindi di violazione dell'obbligo di protezione dell'altrui sfera giuridica (inteso come interesse negativo). In altri termini la responsabilità aquiliana del medico [...] sarebbe configurabile solo allorché [...] il paziente si trovi in una posizione peggiore rispetto a quella precedente il contatto con il medico". Invece al medico "la coscienza sociale, prima ancora che l'ordinamento giuridico, non si limita a chiedere un non fare [...], ma giustappunto quel fare nel quale si manifesta la perizia che ne deve contrassegnare l'attività in ogni momento"¹.

Nella giurisprudenza più recente si rinviene poi la precisazione che nel contatto tra medico e paziente sarebbe da ravvisare "la fonte di un rapporto che quanto al contenuto non ha ad oggetto la "protezione" del paziente bensì una prestazione che si modella su quella del contratto d'opera professionale, in base al quale il medico è tenuto all'esercizio della propria attività nell'ambito dell'ente con

¹ Cass. civ., Sez. III, 22 gennaio 1999, n. 589.

il quale il paziente ha stipulato il contratto [...]. In altri termini, [...] il paziente non può invero pretendere la prestazione sanitaria del medico, ma se il medico in ogni caso interviene [...] l'esercizio della sua attività sanitaria [...] non può essere differente nel contenuto da quello che abbia come fonte un comune contratto tra paziente e medico".²

Le argomentazioni svolte dalla Cassazione non sono state condivise, ed anzi sono state sottoposte ad un analitico vaglio critico, dalla giurisprudenza di merito. In particolare —è stato osservato— il medico dipendente compie soltanto isolati atti della complessa attività che costituisce la prestazione medica, la quale è dovuta nella sua interezza dalla struttura sanitaria: il medico, dunque, non ha alcun controllo sugli atti eseguiti da altri ed estranei all'attività da lui personalmente svolta, e pertanto si viene a trovare in una posizione ben diversa da quella c.d. "vicinanza alla prova" che giustificerebbe l'imposizione al medico di un regime probatorio particolarmente gravoso (l'onere di dimostrare la non imputabilità del mancato o cattivo adempimento della prestazione sanitaria).³

La responsabilità medica da contatto sociale, poi, non è confortata dall'analisi economica del diritto. Una parte della dottrina, infatti, osserva che il regime della responsabilità contrattuale viene applicato in assenza di un contratto quale strumento di efficiente ponderazione ed allocazione dei rischi di una data attività sanitaria su un dato paziente: il medico è spesso oberato da un obbligo istituzionale di fornire prestazioni sanitarie a chiunque le richieda (senza poter decidere né sull'*an* né sul *quando* né, a volte, sul *quomodo*) e il paziente (che ha di solito diritto alle prestazioni per il solo fatto di godere dell'assistenza sanitaria da parte

dello Stato e deve rivolgersi ad una certa struttura, in cui lavorano determinati medici, semplicemente sulla base di una ripartizione geografico-amministrativa) non può scegliere il medico.

2. IL CONTRATTO D'OPERA INTELLETTUALE E GLI OBBLIGHI DEL MEDICO

Sul medico gravano gli obblighi nascenti dal contratto d'opera intellettuale a carico del professionista: particolare rilevanza assumono l'obbligo di personale esecuzione della prestazione, gli obblighi di informazione, l'obbligo di fedeltà e tutta una serie di obblighi *ex lege* gravanti sul professionista anche a prescindere da un espresso incarico e indipendentemente da una loro espressa menzione nel contratto d'opera intellettuale.

Da notare che in ambito professionale, anche ai fini della corretta individuazione del contenuto dell'obbligazione, oggi assume sempre maggiore importanza la *normativa deontologica* interna alle varie categorie professionali, intesa come ulteriore fonte di integrazione del contratto d'opera intellettuale.

Da un lato, infatti, la normativa deontologica tende sempre più ad abbracciare l'ambito delle regole tecniche che presiedono allo svolgimento in concreto della professione, esplicando così "efficacia" (quantomeno indiretta) anche nei confronti degli stessi clienti. Ciò rende più difficile la distinzione tra il piano tecnico e quello puramente deontologico che, come tale, concerne soltanto l'etica della categoria professionale e disciplina i rapporti interni tra i professionisti di quella categoria e/o i rapporti tra questi e gli organi di vertice della categoria medesima, essenzialmente a fini disciplinari.

² Cass. civ., Sez. III, 13 aprile 2007, n. 8826.

³ App. Venezia, 16 giugno 2006.

Dall'altro, risulta discussa la stessa natura della normativa deontologica, dovendosi constatare la tendenza della dottrina più recente ad abbandonare la tradizionale impostazione che vede nelle regole deontologiche dei precetti etici e non giuridici, fondati sul comune sentire del gruppo professionale e aventi rilevanza meramente interna. Tale dottrina muove verso una concezione che accosta i precetti deontologici alle norme giuridiche (di fonte ovviamente secondaria), in quanto tali rilevanti per l'ordinamento che tecnicamente non le recepisce ma, al tempo stesso, ne reprime la violazione. Anzi, non manca chi, addirittura, sostiene che le regole deontologiche abbiano natura di vere e proprie norme giuridiche, sebbene di origine non statutale.

Ciò porta alla considerazione di principio che, almeno per quanto concerne quelle regole —sempre più frequenti— direttamente attinenti allo svolgimento della professione, anche la normativa deontologica possa integrare il contenuto del contratto d'opera intellettuale, con la conseguenza che la violazione di tali regole da parte del professionista può rilevare in quanto imperizia (e colpa specifica) ai fini della responsabilità per inadempimento.

3. DILIGENZA E COLPA PROFESSIONALI: CONSIDERAZIONI DI BASE

Com'è noto, in dottrina si scontrano due diverse impostazioni di fondo: l'una, volta a considerare la diligenza come contenuto della prestazione del debitore o, comunque, come obbligo a sé stante; l'altra, volta a considerare la diligenza non come obbligo, ma come criterio di determinazione del contenuto della prestazione e, conseguentemente —in positivo— come parametro per la misura dell'esatto adempimento. Risulta di immediata evidenza

come l'adesione all'una o all'altra impostazione determini rilevanti e, spesso, opposte conseguenze.

Preferibile appare la seconda opinione, in base alla quale l'ampia nozione di diligenza funge da criterio di valutazione che si specifica sempre in funzione del titolo e della natura del rapporto: in essa è ricompreso anche il concetto di perizia, che ha un carattere più estrinseco ed oggettivo, in quanto presuppone la padronanza di conoscenze e regole che non sono alla portata di tutti, perché comunemente non conosciute, la cui inosservanza può anche essere indipendente dall'impegno profuso dal debitore. La dottrina, in ogni caso, rileva come la nozione di diligenza e quella speculare di colpa siano utilizzate dal legislatore, al tempo stesso, come parametri di determinazione del modo di essere dell'adempimento (soprattutto con riferimento alle prestazioni di fare), sia come criteri di imputazione dell'inadempimento.

Per quanto specificatamente attiene al tema della responsabilità medica, si discute se la perizia, intesa generalmente come conoscenza ed applicazione delle regole tecniche, vada tenuta distinta dalla diligenza, oppure se il concetto di diligenza sia in realtà unico, con la precisazione che la diligenza del professionista è comunque una diligenza "qualificata" in quanto influenzata dalle conoscenze scientifiche che costituiscono il patrimonio della categoria professionale.

Il criterio ordinario della diligenza del *buon padre di famiglia*, previsto in generale dal 1° comma dell'art. 1176 c.c. viene specificato in caso di attività professionali, per le quali la diligenza, sulla base del dettato del 2° comma, deve essere commisurata alla *natura della attività esercitata*. Ciò non toglie, secondo parte della dottrina, che la nozione di diligenza sia sempre la stessa, in quanto il richiamo

specifico alla natura dell'attività esercitata non vale a giustificare una nozione diversa, ma solo a variare il parametro di riferimento per la valutazione del comportamento dovuto dal debitore, tra l'altro non in funzione della singola prestazione dedotta in obbligazione, ma con riferimento al complesso dell'attività esercitata, in modo da collocare su un piano parallelo la diligenza del buon padre di famiglia e quella del c.d. "buon professionista". Sembra quindi preferibile concludere che la diligenza richiesta al professionista dal 2° comma dell'art. 1176 c.c. non è qualcosa di diverso da quella prevista al 1° comma, ma costituisce, semmai, un'applicazione particolare di questa.

In generale, infatti, la diligenza appare come un criterio oggettivo ed elastico, da commisurare di volta in volta al contenuto della prestazione dovuta dal debitore e alle circostanze del caso concreto, tanto più nel caso del professionista, il quale deve impiegare nell'adempimento tutta la preparazione acquisita in relazione alla specifica professione esercitata.

E' opportuno poi sottolineare come, in quest'ambito, l'imperizia non integri direttamente l'unica ipotesi di colpa, che può corrispondere pur sempre anche a negligenza o imprudenza; pertanto, anche in tema di responsabilità professionale, non deve escludersi che il professionista versi in colpa, non solo in caso di imperizia, ma anche laddove sia concretamente configurabile (soltanto) un'ipotesi di negligenza o imprudenza. In sostanza, qui il concetto di colpa riassume in sé le ipotesi in cui il comportamento del professionista risulta inadeguato rispetto alle regole tecniche della professione.

In materia assume poispecifico rilievo il caso dell'errore professionale, in passato citato sia in dottrina che in giurisprudenza come esimente da responsabilità, a sua volta da

tenere distinto dal c.d. *errorscientiae*. Si ha errore professionale quando il comportamento tenuto dal professionista è tecnicamente errato, ma tale errore non è ascrivibile a colpa. Secondo alcuni l'errore professionale si configura quando il professionista ha tenuto una condotta obiettivamente inadatta al caso concreto, sebbene egli abbia agito diligentemente, non riuscendo a rendersi conto preventivamente del possibile esito negativo del proprio comportamento. Ovviamente, per integrare un simile errore, occorre la presenza di oggettive condizioni in grado di indurre un erroneo convincimento nel professionista, il quale abbia agito comunque senza superficialità o trascuratezza e riesca a dimostrarlo.

Si parla invece di *errorscientiae*, come ipotesi assimilata al caso fortuito, per indicare l'inadeguatezza e l'arretratezza sul piano scientifico, in un dato momento storico, della conoscenza professionale, come tale non riconducibile alla condotta del singolo professionista, in quanto l'errore è insito nelle stesse "regole dell'arte" e, in definitiva, inevitabile.

Attualmente la giurisprudenza tende ad affermare la responsabilità anche in caso di errore professionale, ravvisando una causa non imputabile soltanto nell'*errorscientiae* vero e proprio.

4. L'ART. 2236 C.C. E I PROBLEMI TECNICI DI SPECIALE DIFFICOLTÀ

Le ultime considerazioni in tema di diligenza e colpa impongono di affrontare un altro aspetto che caratterizza la responsabilità del professionista: la peculiare regola dettata dall'art. 2236 c.c. in sede di disciplina del contratto d'opera intellettuale.

È opportuno ribadire che la responsabilità professionale resta comunque soggetta agli artt. 1218 e 1176, comma 2, c.c., in quanto relativa all'inadempimento di una preesistente obbligazione. Ciononostante, il legislatore ha previsto una "speciale" disposizione volta a limitare la responsabilità del professionista alle sole ipotesi di dolo o colpa grave, qualora la prestazione implichi la soluzione di *problemi tecnici di speciale difficoltà*. È altresì bene precisare fin da subito che, secondo l'opinione prevalente, si tratta di una norma che pone soltanto una limitazione di responsabilità, non di una clausola di esonero da responsabilità per il professionista, né di una autonoma fattispecie di responsabilità.

Questa norma, assai rilevante perché alla lettera afferma che il debitore risponde solo nei casi "estremi" di dolo o colpa grave, in passato ha dato adito a non pochi contrasti già riguardo alla individuazione del suo fondamento. Secondo alcuni, infatti, essa non è altro che il portato di uno storico privilegio attribuito alla categoria dei professionisti intellettuali (e in particolare ai medici), dovuto all'esigenza di non penalizzare in maniera eccessiva quel professionista che abbia scelto di affrontare, a fin di bene, i rischi connessi a problemi tecnici di non facile soluzione.

Secondo altri, sulla base di quanto traspare dalla stessa Relazione al codice (n. 917), la *ratio* della norma è quella di conciliare due opposte esigenze: da un lato, quella di non disincentivare l'iniziativa del professionista per il timore di possibili rappresaglie da parte del cliente che, rimasto insoddisfatto dei risultati della prestazione, voglia avanzare ingiustificate pretese risarcitorie; dall'altro, quella di evitare decisioni non ponderate o riprovevoli inerzie da parte del professionista.

Esaminando la lettera dell'art. 2236 c.c., sembra che i *problemi tecnici di speciale difficoltà* cui la norma si riferisce siano quelli obiettivamente risolvibili soltanto mediante una preparazione professionale superiore alla media, che trascenda la normale competenza in materia. In concreto, tali possono essere soprattutto quei problemi di nuova emersione, relativi a casi non ancora studiati o non ancora acclarati in ambito scientifico.

Si tratta di una eventualità non rara in ambito di responsabilità medico-sanitaria, tant'è che al riguardo la giurisprudenza ha profondamente rivisitato la materia, toccando da vicino l'interpretazione dell'art. 2236 c.c. con il risultato di limitarne l'operatività alle sole ipotesi di imperizia.

L'art. 2236 c.c. infatti, secondo la tesi oggi prevalente, non si applica ai casi di mera imprudenza, intesa come sottovalutazione dei rischi, o a quelli di pura negligenza (concetto ancora più ampio) cui si continuano ad applicare le regole generali degli artt. 1218 e 1176, comma 2, c.c. Attualmente, dunque, l'art. 2236 c.c., opera nei casi di sola imperizia da parte del professionista, dovendosi rifiutare ogni interpretazione generalizzante. In tal senso fu dapprima la Cassazione penale ad affermare questo principio, secondo cui "in materia di colpa professionale del medico, quando l'evento venga addebitato a titolo di imperizia, la valutazione del giudice deve essere particolarmente larga nel ristretto ambito della colpa grave; mentre se l'addebito si concreta in una condotta imprudente o negligente la valutazione del giudice deve essere effettuata nell'ambito della colpa lieve per la omissione della più comune diligenza rapportata al grado medio di cultura e capacità professionale, secondo i criteri normali e di comune applicazione, valevoli per qualsiasi condotta colposa".⁴

⁴ Cass. pen., 23 agosto 1994.

Anche la Cassazione civile si adeguò ben presto, affermando che "il medico chirurgo chiamato a risolvere un caso di particolare complessità, il quale cagioni al paziente un danno a causa della propria imperizia, è responsabile solo se versa in dolo o in colpa grave, ai sensi dell'art. 2236 c.c. Tale limitazione di responsabilità invece, anche nel caso di interventi particolarmente difficili, non sussiste con riferimento ai danni causati per negligenza od imprudenza, dei quali il medico risponde in ogni caso".⁵ La Suprema Corte civile è pervenuta a questa conclusione osservando che, se la colpa è consistita in una mancanza di perizia, l'esame non può essere necessariamente "rigoroso", in quanto il giudice deve tener conto che la patologia è sempre condizionata, nelle sue manifestazioni concrete, dalla individualità biologica del paziente; che i dati nosologici non sono tassativi e che è sempre possibile un errore di apprezzamento dei riscontri clinici, sicché il giudizio diagnostico può, con frequenza, risultare errato. Di conseguenza, se il medico è stato imperito, egli risponde soltanto se versa in colpa grave a meno che, come si è detto, l'intervento non fosse di *routine* o di facile esecuzione. Se, invece, la colpa è consistita in una mancanza di diligenza, l'esame deve essere particolarmente rigoroso, perché la tutela della salute, che viene affidata al medico, impone a questi l'esercizio della massima attenzione.

La giurisprudenza ha ulteriormente limitato l'ambito di applicazione dell'art. 2236 c.c. attraverso un'interpretazione particolarmente restrittiva della nozione di "intervento di speciale difficoltà". Sono stati ritenuti interventi di non speciale difficoltà, ad esempio un intervento di polipectomia endoscopica,⁶ la corretta immobilizzazione

⁵ Cass. civ., Sez. III, 18 novembre 1997, n. 11440.

⁶ Cass. civ., Sez. III, 8 ottobre 2008, n. 24791.

delle articolazioni di un arto ustionato,⁷ la liposuzione,⁸ l'elettroshock.⁹ Come emerge dalla breve casistica che precede, sono qualificate come interventi di "non speciale difficoltà" terapie e pratiche molto diverse: restano fuori dalla categoria soltanto gli interventi sperimentali o di altissima specializzazione.

In quest'ottica, dall'art. 2236 c.c. si evince che la diligenza richiesta al professionista nei casi in cui può essere chiamato a rispondere dei danni cagionati solo per dolo o colpa grave, anziché abbassarsi, è semmai ancora maggiore, dal momento che, proprio quando il caso si presenta difficile e maggiori sono i rischi, maggiore deve essere l'attenzione.

La norma dell'art. 2236 c.c. va allora considerata —sebbene non in senso "tecnico"— una norma speciale, non suscettibile di analogia o di interpretazione estensiva per cui, al di fuori del presupposto in essa espressamente previsto (la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà), tornano ad essere applicabili —e devono essere applicate— le norme generali in materia di responsabilità. Pertanto, sotto il profilo probatorio, in caso di prestazioni mediche "fuori dall'ordinario" che implicano la soluzione di problemi di speciale difficoltà, il danneggiato dovrà dimostrare in giudizio il dolo o la colpa grave del professionista per riuscire ad ottenere il risarcimento; invece, per le altre prestazioni che rientrano nella "normalità" dell'attività svolta dal professionista, non è necessario il medesimo rigore.

Da sottolineare inoltre che, sebbene sia collocato tra le norme che disciplinano il contratto d'opera intellettuale, l'art. 2236 c.c. è ritenuto applicabile direttamente anche in ambito extracontrattuale in ragione della *ratio* della norma.

⁷ Cass. civ., Sez. III, 3 marzo 1995, n. 2466.

⁸ Trib. Roma, 17 dicembre 1998.

⁹ Cass. civ., Sez. III, 15 dicembre 1972, n. 3616.

5. RESPONSABILITÀ DEL MEDICO E DELLA STRUTTURA SANITARIA

Si è già avuto modo di segnalare come la responsabilità del medico sia ormai qualificata come contrattuale, indipendentemente dal tipo di rapporto (libero-professionale o meno) tra medico e paziente. La tesi della responsabilità contrattuale da contatto sociale, il cui fondamento è stato individuato dalla storica sentenza della Cassazione n. 589 del 22 gennaio 1999, è ormai prevalente: nel momento in cui il medico accetta di curare il paziente, instaura con lui un contatto sociale che, unito all'affidamento che il paziente ripone nelle sue capacità, fanno del medico un soggetto tenuto ad obblighi specifici, di carattere positivo e di natura terapeutica, analoghi a quelli che sarebbero derivati da un tradizionale rapporto contrattuale.

In un primo tempo, come si è visto, la giurisprudenza si è limitata a ricostruire un rapporto obbligatorio particolare, nel quale è stato ravvisato solo un obbligo di protezione (l'obbligo del medico di proteggere la sfera del paziente ed il suo interesse terapeutico) e non anche un obbligo primario di prestazione, che implicherebbe, invece, la fonte contrattuale. In seguito, la giurisprudenza si è spinta oltre: con la già ricordata sentenza n. 8826 del 13 aprile 2007, la Suprema Corte ha affermato che dal contatto sociale discenderebbero, in applicazione del principio di buona fede oggettiva, non solo obblighi di protezione, ma anche obblighi di prestazione, che si modellano su quelli del contratto d'opera professionale, pur in assenza di quest'ultimo.

Quanto alla struttura sanitaria, mentre è pacifico che la casa di cura privata risponda del danno causato dal medico ad essa legato da un rapporto di lavoro dipendente,

maggiori problemi ha sollevato l'ipotesi in cui il medico autore del fatto illecito non fosse dipendente della clinica privata, ma avesse semplicemente utilizzato le strutture di questa per l'esecuzione dell'intervento.

Per molto tempo, la giurisprudenza ha ritenuto che la responsabilità della struttura ospedaliera privata, per il fatto illecito commesso dal medico nell'esecuzione di un intervento, potesse essere affermata *de plano* soltanto ex art. 2049 c.c. o ex art. 1228 c.c. Nella prima ipotesi si poteva avere responsabilità nel caso in cui il medico fosse un lavoratore dipendente della casa di cura. Invece la responsabilità ai sensi dell'art. 1228 c.c. poteva sorgere qualora il contratto, avente ad oggetto l'esecuzione di un intervento chirurgico, fosse stato stipulato direttamente con la casa di cura, che aveva poi provveduto alla scelta del professionista.

Negli altri casi (la maggioranza) in cui era il paziente stesso a scegliere il medico, il quale a sua volta lo invitava a farsi operare presso una clinica alla quale non era legato da alcun rapporto di lavoro dipendente, diventava problematico individuare una responsabilità della casa di cura. Infatti quest'ultima poteva agevolmente eccepire, da un lato, che l'impegno assunto nei confronti del paziente era limitato a fornire l'alloggio e la sala operatoria e, dall'altro, che la struttura era totalmente estranea all'operato del medico.

Per superare questo genere di eccezioni, in passato la giurisprudenza aveva lavorato quasi esclusivamente sul disposto dell'art. 1228 c.c., cercando di ravvisare un vincolo di collaborazione, fondamento della responsabilità per fatto altrui, anche nei casi in cui tra casa di cura e medico non vi fosse un rapporto di lavoro subordinato o di prestazione d'opera professionale. In tal senso, ad esempio, anni addietro una sentenza del Tribunale di Roma ritenne che

l'attività svolta da un chirurgo libero professionista presso una casa di cura privata, in virtù di un non occasionale rapporto d'esecuzione d'opera, comportava "per sua natura" un vincolo di dipendenza, sorveglianza e vigilanza tra la casa di cura committente ed il chirurgo preposto. Da questo si trasse la conclusione che, in caso di colpa medica, sussisteva la responsabilità solidale contrattuale (*ex art. 1218 e 1228 c.c.*) ed extracontrattuale (*ex art. 2049 c.c.*) della casa di cura.¹⁰ Altri giudici, sempre al fine di applicare l'art. 1228 c.c. nei rapporti tra casa di cura e medico responsabile del danno, hanno ritenuto di ravvisare un qualche potere di vigilanza della prima sul secondo.¹¹

Un diverso orientamento giurisprudenziale ha, invece, ritenuto inappagante il richiamo all'art. 1228 c.c., in quanto il preteso potere di vigilanza e controllo della struttura sul medico stesso (presupposto per l'operatività dell'art. 1228 c.c.) può in concreto mancare del tutto. Alcuni giudici di merito, di conseguenza, hanno percorso una strada del tutto nuova ravvisando nell'obbligazione del medico e della casa di cura una "obbligazione plurisoggettiva ad attuazione congiunta"; hanno infatti osservato che, in caso di colpa medica nell'esecuzione di un intervento chirurgico, la casa di cura privata risponde dei danni in solido col medico, quand'anche ciascuno di essi abbia stipulato col paziente un contratto distinto ed autonomo. La prestazione della struttura e quella del medico sono così strettamente collegate da configurare un'obbligazione soggettivamente complessa con prestazione indivisibile ad attuazione congiunta, talché ciascuno dei coobbligati obbliga anche l'altro al risarcimento.¹²

¹⁰ Trib. Roma, 28 giugno 1982.

¹¹ Trib. Milano, 20 ottobre 1997.

¹² Trib. Roma, 1° giugno 2001.

La giurisprudenza di legittimità è, invece, rimasta fedele all'applicabilità dell'art. 1228 c.c., sia pure con diverse argomentazioni. In alcune pronunce si qualifica il medico come "ausiliario necessario" per lo svolgimento dell'attività imprenditoriale della struttura e si individua un collegamento tra prestazione professionale e organizzazione aziendale.¹³ Da ultimo, la Suprema Corte ha individuato la fonte del rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo, sorgono a carico della struttura —accanto a quelli di tipo *lato sensu* alberghieri— obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e di apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze. Di conseguenza la responsabilità della casa di cura nei confronti del paziente può conseguire sia all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, sia, in virtù dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale ausiliario necessario della struttura, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato: sussisterebbe comunque, infatti, un collegamento tra la prestazione medica e l'organizzazione aziendale, non rilevando in contrario la circostanza che il sanitario risulti essere anche "di fiducia" dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto.

La responsabilità della struttura sanitaria nei confronti del paziente ha natura contrattuale, secondo l'opinione pressoché univoca sia della dottrina che della giurisprudenza.

¹³ Cass. civ., Sez. III, 26 gennaio 2006, n. 1698; Cass. civ., Sez. III, 8 gennaio 1999, n. 103.

In un primo momento la giurisprudenza della Suprema Corte sembra orientarsi verso una responsabilità contrattuale della struttura sanitaria fondata sul contratto d'opera professionale in virtù degli art. 2229 c.c. e seguenti.¹⁴ Successivamente si afferma la tendenza a configurare autonomamente la responsabilità delle strutture sanitarie come fattispecie complessa, comprensiva anche della prestazione intellettuale dei sanitari che vi prestano la loro opera, ma caratterizzata altresì da altre competenze. Si parla, al riguardo, di "prestazione di assistenza sanitaria", ovvero di "contratto atipico di ospedalità".¹⁵ In tale contratto, accanto alla prestazione principale — che è quella di assistenza medica — si ravvisano altre prestazioni accessorie e strumentali (ricovero, forniture di servizi infermieristici, ristorazione, prestazioni volte a garantire la sicurezza degli impianti e delle attrezzature, nonché sistemazione logistica, turni di assistenza e vigilanza, custodia del paziente) che indubbiamente allargano e completano gli obblighi contrattuali a carico dell'ospedale.

Per quanto riguarda la responsabilità per fatto degli ausiliari ex art. 1228 c.c., questa sussiste sia qualora il medico sia dipendente, sia qualora, pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, sussista un collegamento tra la prestazione eseguita dal medico e l'organizzazione della struttura sanitaria: la circostanza che il sanitario sia medico di fiducia del paziente o comunque scelto da lui non esclude la responsabilità.¹⁶

¹⁴ Cass. n. 2144/1988.

¹⁵ Cass. civ., Sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066; nello stesso senso Cass. civ., Sez. Un., 1° luglio 2002, n. 9556; Cass. civ., Sez. III, 2 febbraio 2005, n. 2042; Cass. civ., Sez. III, 13 aprile 2007, n. 8826; da ultimo Cass. civ., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 577.

¹⁶ Cass. civ., Sez. III, 14 gennaio 2004, n. 13066; Cass. civ., Sez. III, 13 aprile 2007, n. 8826; Cass. civ., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 577.

In merito poi all'inadempimento delle obbligazioni direttamente riferibili alla struttura sanitaria, la giurisprudenza, sia di merito che di legittimità, in più occasioni ha precisato che la responsabilità della struttura ospedaliera è direttamente imputabile alle "deficienze organizzative" o al "mal funzionamento delle apparecchiature" o "all'inappropriata turnazione del personale". Viene così in rilievo una responsabilità diretta della struttura ospedaliera per "danno da disorganizzazione": si pensi alle infezioni nosocomiali (es. bisturi non sterilizzato che trasmette epatite) oppure al malfunzionamento delle cose in custodia dell'Ospedale (macchinari non funzionanti).

In conclusione, seguendo la lettera della nota sentenza delle Sezioni Unite della Cassazione n. 577, del 11 gennaio 2008:

la responsabilità della struttura sanitaria, come quella del medico da essa dipendente, hanno natura contrattuale: la prima perché l'obbligazione inadempita trae origine da un contratto innominato di assistenza sanitaria o di ospedalità, la seconda perché si fonda sul contatto sociale tra il medico e il paziente ricoverato. E' irrilevante che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi, ed anche nella giurisprudenza si riscontra una equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica quanto al regime della responsabilità civile, anche in considerazione del fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene salute.

6. L'ONERE DELLA PROVA

Omologate le responsabilità della struttura sanitaria e del medico come responsabilità entrambe di natura contrattuale, si elidono per il paziente le differenze di regime giu-

ridico a seconda che agisca nei confronti dell'ente ospedaliero o del medico dipendente, in particolare ai fini della ripartizione dell'onere probatorio.

In ordine a quest'ultimo profilo, è possibile distinguere due fasi dell'evoluzione giurisprudenziale, scandite dalla sentenza n. 13533/200 delle Sezioni Unite.

L'orientamento tradizionale, muovendo dalla qualificazione dell'obbligazione del sanitario (e della struttura sanitaria) come obbligazione di mezzi, ne differenziava il regime probatorio (art. 1176, comma 2 e 2236 c.c.) rispetto a quello ordinario previsto dall'art. 1218 c.c. (riferibile, secondo tale tesi, alle sole obbligazioni di risultato).

Più specificamente, l'onere della prova veniva così ripartito tra le parti: spettava al paziente provare l'inesatto adempimento del medico, ovvero le modalità di negligenza esecuzione dell'intervento, e al medico provare che il caso era di particolare difficoltà. Al contrario, spettava al paziente provare che si trattava di un intervento di *routine* o comunque di facile esecuzione e al medico fornire la prova liberatoria dell'esatto adempimento o dell'impossibilità sopravvenuta della prestazione. In quest'ultimo caso, veniva invocato sul piano processuale il principio *res ipsa loquitur*: vale a dire una presunzione di responsabilità in tutti i casi in cui l'operato del medico fosse tale da rendere evidente una negligenza professionale.

I risultati sopra riassunti sono stati riletti dalla giurisprudenza più recente alla luce del principio enunciato in termini generali dalle Sezioni Unite con la sentenza n. 13533, del 30 ottobre 2001, in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento. Le Sezioni Unite, nel risolvere un contrasto di giurisprudenza tra le Sezioni semplici, hanno enunciato il principio secondo cui il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale,

per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento, deve fornire solo la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, e può limitarsi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dall'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento. Analogo principio è stato enunciato con riguardo all'inesatto adempimento, che il creditore può limitarsi ad allegare, mentre sul debitore grava l'onere di dimostrare l'avvenuto, esatto adempimento.

Applicando questi principi alla responsabilità professionale del medico, la Cassazione inaugura un nuovo orientamento, secondo il quale "il paziente che agisce in giudizio [...] deve provare il contratto e allegare l'inadempimento del sanitario restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento";¹⁷ da ultimo, la Suprema Corte ha precisato che "spetta al medico/debitore la prova della mancanza di colpa (sub specie della sopravvenienza, nella serie causale che dall'intervento ha condotto all'evento di danno, di un fatto inevitabile o imprevedibile), mentre il paziente è tenuto soltanto a provare il rapporto (nella specie, contrattuale) con il professionista e la riferibilità a quest'ultimo dell'intervento, allegando il risultato peggiorativo conseguito".¹⁸ Più precisamente, il paziente dovrà provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica, o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale è stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi sono stati determinati da un evento imprevisto e

¹⁷ Cass. civ., Sez. III, 28 maggio 2004, n. 10297; Cass. n. 9085 del 2006, n. 8826 del 2007, confermate da Cass. civ., Sez. I, 10 ottobre 2007, n. 21140, e da Cass. Sez. Un., n. 577 e 584 del 2008.

¹⁸ Cass. civ., Sez. III, 14 febbraio 2008, n. 3520.

imprevedibile. In questa nuova prospettiva, "la distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non rileva dunque più quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma dovrà essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando comunque a carico del sanitario la prova che la prestazione era di particolare difficoltà".¹⁹

Significativa è anche un'affermazione pressoché coeva: "la prova dell'incolpevolezza dell'inadempimento (ossia della impossibilità della prestazione per causa non imputabile al debitore) e della diligenza nell'adempimento è sempre riferibile alla sfera d'azione del debitore, in misura tanto più marcata quanto più l'esecuzione della prestazione consista nell'applicazione di regole tecniche, sconosciute al creditore in quanto estranee al bagaglio della comune esperienza e specificamente proprie di quello del debitore".²⁰

Quindi, per il c.d. principio di "vicinanza della prova", compete al medico, che è in possesso degli elementi utili per paralizzare la pretesa del creditore, nonché del bagaglio conoscitivo necessario, provare l'esatto adempimento o l'incolpevole inadempimento. Con la precisazione, peraltro, che la prova dell'assenza di colpa cui è tenuto il medico (e, con lui, la struttura sanitaria) non va intesa come "prova negativa", bensì come prova positiva del fatto contrario (ovvero che la prestazione è stata eseguita diligentemente).

La più recente giurisprudenza, inoltre, nello sconfessare l'assunto di base della natura dell'obbligazione sanitaria in termini di obbligazione di mezzi (sul rilievo secondo il

quale il medico c.d. "strutturato" e l'ente sanitario "sono contrattualmente impegnati al risultato dovuto...", quello cioè conseguibile secondocriteri di normalità, da apprezzarsi in relazione alle condizioni del paziente, alla abilità tecnica del primo e alla capacità tecnico-organizzativa del secondo"), ha ulteriormente precisato che il mancato conseguimento del risultato normalmente ottenibile non si ha solo nel caso di aggravamento dello stato morboso del paziente, ma anche nel caso di mancato miglioramento, il quale rende inutile l'intervento effettuato e, pertanto, si caratterizza anch'esso come insuccesso.²¹

Si ribadisce, infine, che "all'articolo 2236 c.c. non va conseguentemente assegnata rilevanza alcuna ai fini della ripartizione dell'onere probatorio, giacché incombe in ogni caso al medico dare la prova della particolare difficoltà della prestazione, laddove la norma in questione implica solamente una valutazione della colpa del professionista, in relazione alle circostanze del caso concreto".²²

A proposito del criterio della vicinanza alla prova, tuttavia, è vero che, per taluni aspetti, soprattutto in caso di interventi chirurgici, il medico è a diretto contatto con il corpo del paziente, e quindi è la parte meglio in grado di sapere e documentare ciò che è avvenuto durante l'esecuzione dell'attività professionale; ma è anche vero che in molti casi egli non riveste alcuna posizione privilegiata per la conoscenza dei fatti da accertare nel giudizio di responsabilità, magari perché tali fatti sono avvenuti prima o dopo il suo intervento oppure, appunto, durante l'attività professionale o sotto la vigilanza di un altro sanitario: si pensi, ad esempio, alla diagnosi, alle complicazioni post-operatorie o alle terapie farmacologiche. Anzi,

¹⁹ Cass. civ., Sez. III, 28 maggio 2004, n. 10297.

²⁰ Cass. civ., 21 giugno 2004, n. 11488.

²¹ Cass. civ., Sez. III, 13 aprile 2007, n. 8826.

²² Cass. n. 8826/2007.

il più delle volte la parte maggiormente vicina alla prova è il paziente, perché accusa i sintomi, conosce il proprio stile di vita, ha tenuto condotte eventualmente autolesive, sa (o dovrebbe sapere) la propria storia clinica, oppure è al corrente di episodi di familiarità riguardo ad alcune patologie: sono tutte circostanze che spesso solo il paziente conosce e che il medico non potrebbe né ricostruire né dimostrare, ad esempio a causa dell'incoercibilità dei c.d. *screening* o della natura c.d. "sensibile" delle informazioni sanitarie (che non possono essere acquisite senza il consenso dell'interessato).

7. NESSO DI CAUSALITÀ, COLPA E ONERE DELLA PROVA

In più occasioni la Cassazione ha precisato che solo dopo l'accertamento del nesso di causalità è possibile passare alla valutazione dell'elemento soggettivo della colpa. Sovente, tuttavia, in alcune pronunce giurisprudenziali, i due profili si intrecciano al punto da confondersi, specie a seguito dell'evoluzione di un concetto di colpa oggettiva, valutata in base a standards generali di comportamento.

Una recente sentenza della Cassazione²³ ha, pertanto, avvertito l'esigenza di procedere ad una accurata ricognizione del complesso rapporto intercorrente tra nesso causale e colpa nella responsabilità medica, tracciandone i profili distintivi, specie sul versante probatorio. In particolare: "il nesso di causalità è elemento strutturale dell'illecito, che corre —su di un piano strettamente oggettivo, e secondo una ricostruzione di tipo sillogistico— tra un comportamento (dell'autore del fatto) astrattamente considerato (e non ancora qualificabile come *damnum*-

niuriadatum), e l'evento dannoso; nell'individuazione di tale relazione primaria tra condotta ed evento si prescinde in prima istanza da ogni valutazione di prevedibilità, tanto soggettiva quanto "oggettivata", da parte dell'autore del fatto, essendo il concetto di previsione insito nella fattispecie della colpa (elemento qualificativo del momento soggettivo dell'illecito, motivo di analisi collocato in un momento successivo della ricostruzione della fattispecie)":

La colpa è invece elemento soggettivo della fattispecie illecita, essa è "la misura dell'avvedutezza dell'agente nel porre in essere un comportamento; anche laddove sia intesa come giudizio relazionale "oggettivato" (in base a standards generali di comportamento) è pur sempre "valutazione di comportamento", valutazione, dunque, inscritta tout court all'interno della relativa dimensione soggettiva".

In altri termini, il nesso causale, "al di là e prima di qualsivoglia analisi di prevedibilità/evitabilità soggettiva, è, puramente e semplicemente, la relazione esterna intercorrente tra comportamento ed evento, svincolata da qualsivoglia giudizio di prevedibilità soggettiva: la rigorosa oggettivazione del concetto di eziologia dell'evento consente di tenere irrinunciabilmente distinti i due piani di analisi strutturale dell'illecito, fungendo la colpa come limite alla oggettiva predicabilità della responsabilità una volta accertata la relazione causale tra la condotta e l'evento".

Evidenziata la necessità di una valutazione cronologicamente e logicamente successiva dei due profili, la Corte puntualizza la diversità dei due elementi costitutivi del fatto illecito quanto all'onere probatorio. Il positivo accertamento del nesso di causalità deve formare oggetto di prova da parte del danneggiato-paziente, in quanto elemento costitutivo della domanda risarcitoria; la colpa medica, in-

²³ Cass. civ., Sez. III, 18 aprile 2005, n. 7997.

vece, alla luce dell'orientamento ormai ampiamente condiviso, deve essere solo allegata dal paziente, gravando *ex adverso* sul medico la prova liberatoria della diligenza.

In ordine, poi, ai criteri di valutazione, l'accertamento del nesso di causalità va compiuto secondo criteri "a) di probabilità scientifica, ove questi risultino esaustivi; b) di logica aristotelica, se appare non praticabile (o insufficientemente praticabile) il ricorso a leggi scientifiche di copertura", con l'ulteriore precisazione che, nell'illecito omissivo, la valutazione del nesso causale segue un processo più complesso, che deve verificare "il collegamento evento/comportamento omissivo in termini di probabilità inversa, onde inferire che l'incidenza del comportamento omesso si pone in relazione non/probabilistica con l'evento". I criteri funzionali all'accertamento della colpa medica risultano, invece, quelli: "a) della natura, facile o non facile, dell'intervento del medico; b) del peggioramento o meno delle condizioni del paziente; c) della valutazione del grado di colpa di volta in volta richiesto (lieve, nonchè presunta, in presenza di operazione "routinarie"; grave, se relativa ad interventi che trascendono la preparazione media ovvero non risultino sufficientemente studiati o sperimentati, con l'ulteriore limite della particolare diligenza e dell'elevato tasso di specializzazione richiesti in tal caso); d) del corretto adempimento dell'onere di informazione e dell'esistenza del conseguente consenso del paziente".

Esemplificando, qualora il comportamento del sanitario sia astrattamente configurabile in termini di gravissima negligenza, ma il paziente muoia (*illico et immediate*, e prima che la negligenza possa spiegare i suoi effetti causali sull'evoluzione del male) per altra patologia, (anche solo) "probabilmente" indipendente dal comportamento del sanitario, l'indagine sulla colpevolezza del medico è (o do-

vrebbe essere) preclusa dalla interruzione del nesso causale tra il suo comportamento (omissivo o erroneamente commissivo) e l'evento.

All'indomani della storica pronuncia delle Sezioni Unite del 2001 —che, come si è visto, ha consentito al danneggiato di limitarsi ad "allegare" l'inadempimento del debitore, senza doverlo dimostrare— è apparso necessario valutarne le ripercussioni sulla responsabilità medica.

Secondo l'orientamento giurisprudenziale prevalente,²⁴ almeno fino al gennaio del 2008, il regime probatorio della causalità atteneva non alla prova della condotta, ma alla prova del danno che tale condotta aveva cagionato. Pertanto, competeva al paziente-creditore dimostrare che l'errore medico (allegato) aveva causalmente prodotto il danno lamentato, mentre il fallimento della relativa prova (o la prova contraria) impediva ogni ulteriore valutazione degli aspetti soggettivi del comportamento, quantunque predicabili in termini di gravissima negligenza, non essendo lecito procedere ad una sorta di "*compensatio culpaecum causa*".²⁵

L'orientamento è stato abbandonato con la tornata di sentenze delle Sezioni Unite dell' 11 gennaio 2008, relative, nello specifico, ai danni da emotrasiusioni infette. Due le ragioni fondamentali dello storico *revirement*, consacrato, in particolare, nella pronuncia n. 577: da un lato, il definitivo tramonto della dicotomia tra obbligazioni di mezzi e di risultati; dall'altro, la valorizzazione dell'autonomia della causalità civile rispetto a quella penale (quanto meno sotto il versante probatorio).

Punto di partenza della nuova lettura dell'onere della prova in punto di causalità nell'inadempimento è, infatti,

²⁴ V., per tutte, Cass. n. 7997/2005.

²⁵ Cass. civ. Sez. III, 24 maggio 2006, n. 12362; Cass. civ., sez. III, 19 aprile 2006, n. 9085 e Cass. civ., Sez. II, 31 luglio 2006, n. 17306.

la presa d'atto che la "distinzione tra obbligazioni di mezzi ed obbligazioni di risultato, [...] se può avere una funzione descrittiva, è dogmaticamente superata, quanto meno in tema di riparto dell'onere probatorio", dal momento che "in ogni obbligazione si richiede la compresenza sia del comportamento del debitore che del risultato, anche se in proporzione variabile". Ciò posto, si statuisce che "l'inadempimento rilevante nell'ambito dell'azione di responsabilità per risarcimento del danno nelle obbligazioni così dette di comportamento non è qualunque inadempimento, ma solo quello che costituisce causa (o concausa) efficiente del danno. Ciò comporta che l'allegazione del creditore non può attenere ad un inadempimento, qualunque esso sia, ma ad un inadempimento, per così dire, qualificato, e cioè astrattamente efficiente alla produzione del danno". Competerà, quindi, al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è proprio stato ovvero che, pur esistendo, non è stato nella fattispecie causa del danno.

8. LA PERDITA DI CHANCE NELLA RESPONSABILITÀ MEDICA

Ciò che caratterizza la *chance* rispetto ad altre situazioni in cui il soggetto aspira ad un risultato favorevole è il fatto che il risultato dipende, oltre che dalla condotta altrui, anche da circostanze fortuite ed aleatorie.

Nel settore della responsabilità medica, la *chance* ha assunto, col tempo, un significato sensibilmente diverso da quello originario: non più quello di elemento di valutazione del collegamento causale tra condotta del medico e lesione della salute o della vita (o comunque tra condotta e mancato raggiungimento della guarigione), ma quello di oggetto stesso della lesione, il cui sacrificio priva il soggetto della possibilità di conseguire un esito favorevole.

Sul punto fondamentale, per la sua valenza ricostruttiva, appare la sentenza della Suprema Corte del 4 marzo 2004, n. 4400. Nel caso di specie, la Corte era chiamata a decidere sulla sussistenza o meno della responsabilità dell'ente ospedaliero per la morte di un paziente al quale non era stato prontamente diagnosticato dal personale di pronto soccorso un aneurisma; una diagnosi tempestiva avrebbe consentito il trasferimento presso una struttura attrezzata a porre in essere un intervento che avrebbe potuto "probabilisticamente" salvare la vita del paziente. In definitiva, anche se non era possibile affermare con certezza che la morte del paziente non si sarebbe verificata, in ogni caso era certo che il paziente avesse "perso, per effetto di detto inadempimento, delle chances, che statisticamente aveva, anche tenuto conto della particolare situazione concreta (segnatamente se si era portato in ambiente ospedaliero)".

Nella cornice giurisprudenziale così delineata, un tassello ulteriore viene fornito dalla decisione della Suprema Corte n. 23846 del 18 settembre 2008. Nel caso di specie, due sanitari attribuivano a "bolle d'aria di natura nervosa" i dolori in realtà derivanti da un carcinoma epatico, determinando un ritardo nella diagnosi di circa un mese, ritardo che comunque non avrebbe inciso sulla accertata "inevitabilità" della morte della paziente, ma solo sulla durata della vita residua. Mentre i giudici di merito rigettavano la domanda proprio sulla base del rilievo che una diagnosi tempestiva non avrebbe impedito la morte della vittima, quelli di legittimità decidono diversamente: una tempestiva diagnosi avrebbe assicurato alla danneggiata una migliore qualità della vita e diminuito le sofferenze in ragione dell'anticipata somministrazione dei farmaci (prescritti in conseguenza della diagnosi) e della minore invasività dell'intervento (da effettuare su masse tumorali

di più ridotte dimensioni), oltre ad aumentare —seppur marginalmente— le sue aspettative di vita e permetterle di disporre di un maggior tempo per “programmare il suo essere persona” in vista dell'*exitus*. In definitiva “non è di per sé ragione giustificativa per negare la risarcibilità della perdita della *chance*, cioè per negare che essa sia in sostanza una “perdita”, la mera circostanza che essa non sia tale da determinare presuntivamente o probabilisticamente la consecuzione del risultato”. *Ne consegue, pertanto*, che “quando sia stata fornita la dimostrazione, anche in via presuntiva e di calcolo probabilistico, dell'esistenza di una *chance* di consecuzione di un vantaggio in relazione ad una determinata situazione giuridica, la perdita di tale *chance* è risarcibile come danno alla situazione giuridica di cui trattasi indipendentemente dalla dimostrazione che la concreta utilizzazione della *chance* avrebbe presuntivamente o probabilmente determinato la consecuzione del vantaggio, essendo sufficiente anche la sola possibilità di tale consecuzione”.

In sintesi, perché la perdita di *chance* riceva tutela risarcitoria, devono sussistere i seguenti presupposti:

1. In primo luogo, che il bene finale (ad es. salute o vita) sia originariamente in pericolo, altrimenti non avrebbe senso parlare di *chance* (di guarigione o di sopravvivenza);
2. Che sussista la colpa del debitore-danneggiante;
3. Che manchi la prova della sussistenza del nesso causale tra condotta e carenza di risultato, nel qual caso la *chance* non è valutata come oggetto di danno ma come elemento di verifica del nesso di causalità materiale;
- 4) Infine, che sussista il nesso causale tra condotta del medico e perdita di *chance* (che, ad esempio, nel caso

di condotta omissiva, una condotta positiva avrebbe posto il paziente in condizione di guarire o di sopravvivere per il tempo dettato dall'aspettativa naturale di vita, oppure per quello realisticamente plausibile a causa della patologia in atto).

9. LA RILEVANZA DELLE CONCAUSE NATURALI

Sino al 2009, in tema di concorso tra cause naturali (o, comunque, non imputabili) e cause imputabili, la giurisprudenza della Suprema Corte era allineata nel ritenere che o “le condizioni ambientali —o i fattori naturali— che caratterizzano la realtà fisica su cui incide il comportamento imputabile dell'uomo [sono] sufficienti a determinare l'evento di danno, indipendentemente dal comportamento medesimo”, *ed allora* “l'autore dell'azione o dell'omissione resta sollevato, per intero, da ogni responsabilità dell'evento, non avendo posto in essere alcun antecedente dotato in concreto di efficienza causale”; o, *invece*, “quelle condizioni non [possono] dar luogo, senz'apporto umano, all'evento di danno”, *ed allora* “l'autore del comportamento imputabile è responsabile per intero di tutte le conseguenze da esso scaturenti secondo normalità”, *non potendo in tal caso* “operarsi una riduzione proporzionale in ragione della minore gravità della sua colpa, in quanto una comparazione del grado di incidenza eziologica di più cause concorrenti può instaurarsi soltanto tra una pluralità di comportamenti umani colpevoli, ma non tra una causa umana imputabile ed una concausa naturale non imputabile”.²⁶

²⁶ Cass. civ. Sez. III, 16 febbraio 2001, n. 2335, analogamente a giurisprudenza precedente della Suprema Corte.

In altri termini, la concausa naturale rilevava solo se idonea ad interrompere il nesso causale tra la condotta umana e l'evento; altrimenti veniva ritenuta irrilevante e il danneggiante era tenuto a rispondere per l'intero danno non certo per l'irrelevanza causale del fatto naturale ma, più semplicemente, per una scelta volta a tutelare il danneggiato a scapito del danneggiante in accoglimento del brocardo *qui in re illicitaversaturetiam pro casutenetur*.

Tale orientamento è stato criticato da una parte della dottrina che ha proposto di approdare ad una ripartizione del danno commisurata all'apporto causale di ciascuna concausa (c.d. *liabilityapportionment*), cosicché ciascun soggetto rimanga obbligato al risarcimento dei solidanni direttamente riconducibili alla concausa a lui imputabile, rimanendo a carico del danneggiato il rischio delle cause ignote.

Con sentenza 16 gennaio 2009, n. 975, la Corte di Cassazione si è discostata dall'orientamento sino ad allora condiviso, modificando la regola operante in ipotesi di concorso tra cause umane e naturali. La vicenda giudiziaria trae origine da un caso di intervento chirurgico con esito infausto, dovuto ad un infarto del miocardio. Dall'autopsia era emerso che i sanitari, nel compiere l'intervento, avevano erroneamente perforato il tratto protesico dell'aorta del paziente. I congiunti della vittima hanno agito in giudizio sostenendo che tale perforazione aveva causato una emorragia, sviluppatasi nell'arco di tre giorni, che aveva condotto all'infarto e, quindi, alla morte del paziente. La sentenza ha affermato che, qualora la produzione di un evento dannoso, quale la morte di un paziente, sia riconducibile, sotto il profilo eziologico, alla concomitanza della condotta del sanitario e del fattore naturale rappresentato dalla situazione patologica del soggetto deceduto (la quale

non sia legata all'anzidetta condotta da un nesso di dipendenza causale), il giudice deve procedere, eventualmente anche con criteri equitativi, alla valutazione della diversa efficienza delle varie concause, onde attribuire all'autore della condotta dannosa la parte di responsabilità correlativa, così da lasciare a carico del danneggiato il peso del danno riconducibile al suo stato personale.

Secondo la Corte, in particolare, "qualora la produzione dell'evento dannoso risalga, come a sua causa, alla concomitanza di una azione dell'uomo e di fattori naturali (i quali ultimi non siano legati alla prima da un nesso di dipendenza causale) non si può accogliere la soluzione della irrilevanza di tali fattori". Il dispositivo della sentenza sembra ispirato a considerazioni che affondano le proprie radici nell'ambito dell'accertamento del rapporto causale: afferma, infatti, la Cassazione che "a parte il ricordato principio di equità, vi sono ragioni logico giuridiche che consentono di procedere ad una valutazione della diversa efficienza causale delle varie concause e di escludere che l'autore della condotta umana debba necessariamente sopportare nella loro integralità le conseguenze dell'evento dannoso". Più precisamente, nell'approdare a tale conclusione, la Suprema Corte ha affrontato espressamente i discussi rapporti dell'art. 2055 c.c. con l'art. 1227, comma 1, c.c. In particolare, ha ritenuto opportuno interpretare l'art. 2055 c.c. in modo da ridimensionarne l'ambito applicativo, stabilendo che la solidarietà prevista da tale norma possa applicarsi solo alle concause imputabili a soggetti diversi e non anche a quelle non imputabili ad alcuno. Ha ritenuto, inoltre, che nell'art. 1227 c.c.

è preciso il riferimento della possibilità della scissione [...] del nesso causale sulla base del principio che la responsabilità va proporzionata alle conseguenze che si riconnettono ad una

determinata causa imputabile. Sotto la medesima ratio si può ricondurre il caso in cui l'evento letale sia la conseguenza del concorso della condotta del sanitario con la situazione patologica del soggetto deceduto, non essendovi ragione per usare al fattore causale meramente naturale un trattamento diverso rispetto a quello riservato al fatto dello stesso danneggiato.

La sentenza della Suprema Corte appena illustrata sembra aprire nuovi scenari nei rapporti tra accertamento del nesso causale e *quantum debeatur*, poiché indica la necessità di lasciare a carico del danneggiato (anziché spostarla sul danneggiante) la quota del danno che potrà dirsi riconducibile a concause naturali. Viene così superata la rigida contrapposizione tra sussistenza/insussistenza del nesso causale (e conseguente riconoscimento/negazione dell'intero risarcimento), in altri ordinamenti conosciuta come teoria dell'*all or nothing* bollata dalla dottrina più recente come visione "ottocentesca" della causalità.

Conclusivamente, la decisione della Suprema Corte n. 975/2009 sembra offrire incoraggianti segnali di apertura alla tesi —fino a quel momento minoritaria— dell'ipotizzabilità di una forma di responsabilità "proporzionale" o "progressiva" nei casi in cui l'accertamento del nesso causale sia incerto e ragioni di equità suggeriscano di trasferire il coefficiente di incertezza dall'*andebeatur* (accertamento del nesso causale) al *quantum* del danno risarcibile.

Una successiva vicenda giudiziaria ha, tuttavia, condotto la Suprema Corte ad esprimere opinioni di segno contrario rispetto al *revirement* del 2009.²⁷ La Cassazione è stata nuovamente chiamata ad affrontare la controversa questione relativa alla rilevanza/irrelevanza delle concause naturali nel caso di un bambino nato con gravissime malformazioni imputabili ad errore medico, al momento

del parto. Indiscussa la colpa del sanitario, risultava invece incerto il ruolo causale della condotta medica, dal momento che il bambino, già prima di nascere, era affetto da una condizione patologica in grado di produrre invalidità. Chiamata a stabilire se —in caso di evento dannoso riferibile tanto a una condotta umana imputabile che a un fattore naturale non imputabile— fosse ipotizzabile una riduzione del risarcimento per effetto dell'incidenza della concausa naturale nella produzione del danno, la Corte ha preso apertamente le distanze dal precedente di Cass. n. 975/2009.

La decisione del 2011 esclude la possibilità di adottare il modello di causalità equitativo-proporzionale prospettato dall'orientamento precedente e torna a confermare la linea interpretativa dominante nella giurisprudenza di legittimità prima del *revirement* del 2009. Si esclude che al giudice di merito sia riservata la possibilità, nella fase dell'accertamento del "primo nesso di causa" (materiale), di procedere equitativamente, ex art. 1226 c.c., alla valutazione della diversa efficienza delle varie concause, sulla base di un duplice ordine di argomentazioni, fondate rispettivamente sul profilo morfologico e su quello funzionale della causalità civile. Sotto il primo profilo, afferma la Corte, il giudizio sul nesso di causalità materiale deve ritenersi limitato alla sua sussistenza o insussistenza, "senza che siano date terze ipotesi, tantomeno in via equitativa". Quanto al secondo profilo, l'applicazione di una logica valutativa fondata sull'*aequitas* darebbe luogo ad "inestricabili difficoltà di gestione dei territori di causalità incerta", dovute all'"inquinamento" tra la valutazione "a monte" sulla sussistenza del nesso casuale e la selezione "a valle" dei pregiudizi risarcibili, nonché alla conseguente traslazione di eventuali incertezze relative al *quantum debeatur*

²⁷ Cass.civ., Sez. III, 21 luglio 2011, n. 15991.

sul piano (logicamente e cronologicamente antecedente) dell'*andebeatur*.

La rilevanza delle concause andrebbe allora trasferita nella diversa dimensione della causalità giuridica: una volta accertata la sussistenza del nesso di causalità materiale tra il fatto e l'evento, la rilevanza degli eventuali stati patologici pregressi dovrebbe essere vagliata in sede di determinazione del danno risarcibile ex art. 1223 c.c. In sostanza, dopo aver ascritto probabilisticamente al medico la responsabilità dell'evento sul piano della causalità materiale, al giudice sarebbe rimesso il compito di tracciare i limiti della responsabilità così accertata, distinguendo tra le conseguenze pregiudizievoli quelle direttamente riconducibili al fatto lesivo (e, perciò stesso, effettivamente risarcibili) da quelle generate dalla concausa naturale o dallo stato di salute pregresso del paziente (in quanto tali irrisarcibili). Nel compiere siffatta operazione, il giudice potrebbe ricorrere allo strumento della liquidazione equitativa ex art. 1226 c.c., sulla base del confronto fra le condizioni del danneggiato precedenti all'illecito, quelle successive alla lesione e quelle che si sarebbero verificate se non fosse intervenuto l'evento dannoso.

L'orientamento più recente della Suprema Corte ha, quindi, censurato la soluzione adottata nel 2009 (nel senso della graduabilità della responsabilità del medico in funzione delle pregresse condizioni del paziente), in quanto confondeva i due diversi momenti del nesso di causalità: quello tra la condotta illecita e la concreta lesione dell'interesse (causalità materiale), e quello tra quest'ultima ed i danni che ne sono derivati (causalità giuridica).

La circostanza che un paziente, prima dell'intervento rivelatosi infausto, fosse portatore di patologie pregresse non può mai comportare il "frazionamento" del nesso di

causalità tra condotta e danno. Tale nesso o c'è o manca, senza che sia possibile alcuna graduazione percentuale. Le pregresse condizioni di salute del paziente e, più in generale, il concorso di concause naturali alla produzione del danno vengono invece in rilievo in sede di liquidazione: più esattamente, nella selezione, tra tutte le conseguenze provocate dall'errore medico, delle sole che siano giuridicamente risarcibili, quali conseguenze immediate e dirette dell'illecito richiamate dall'art. 1223 c.c.

La Corte ha, infine, enucleato puntuali regole operative per disciplinare, sul piano della causalità giuridica, il trattamento del concorso tra fattore umano e fattore naturale. Punto di partenza della riflessione è la netta differenziazione tra due situazioni ritenute tra loro eterogenee: da un lato, quella in cui il danneggiato risulti portatore di una mera "*predisposizione*", ovvero di uno "*stato di vulnerabilità*", non necessariamente portato a modificarsi con certezza in senso patologico invalidante (nel qual caso il giudice non dovrebbe procedere ad alcuna diminuzione del *quantum debeatur*); dall'altro lato, quella in cui il danneggiato presenti, già prima dell'evento dannoso, una reale e conclamata patologia tale da rendere probabile che le conseguenze dell'evento configurino un aggravamento dello stato patologico pregresso (nel qual caso, la riduzione del *quantum* risarcitorio potrebbe ritenersi astrattamente legittima, benché non automatica).

Nel valutare il più recente approdo della giurisprudenza di legittimità, non può dirsi che le preoccupazioni della Suprema Corte —in particolare escludere la possibilità che, a fronte di una sia pur minima incertezza sulla rilevanza causale di un fattore naturale, il giudice del merito possa addivenire *ipso facto* al frazionamento della responsabilità e al conseguente proporzionale ridimensionamento

del *quantum* risarcitorio— abbiano condotto a un risultato soddisfacente. Il dubbio sull'incidenza causale della patologia preesistente è destinato, infatti, a permanere, anche se spostato dal piano della causalità materiale a quello della causalità giuridica. Sarà, comunque, rimesso alla discrezionalità del giudice di merito ponderare l'opportunità di un ridimensionamento del *quantum* risarcitorio, anche quando la valutazione sia consentita in sede di giudizio sulla causalità giuridica e non su quella materiale.

La netta dicotomia tra causalità materiale e giuridica riaffermata dalla Corte, peraltro, sembra contraddetta dall'insufficienza di un'analisi sul nesso di causalità materiale di tipo meramente fattuale, rilevata dalla dottrina più recente che parla ormai di "inarrestabile giuridicizzazione del nesso di causalità materiale".

In ultima analisi, il problema del nesso di causalità pare "destinato inevitabilmente a risolversi entro i (più pragmatici) confini di una dimensione "storica" o, se si vuole, di politica del diritto".²⁸ Appare sempre più vero quanto, già in passato, notato dalla migliore dottrina: "assunto ad elemento tecnico il cui impiego sembra sottrarsi—in prima analisi— ad ogni operazione di politica del diritto, il nesso di causalità si rivela invece schermo di operazioni di politica del diritto assai spregiudicate; non è raro, infatti, riscontrare nella prassi giurisprudenziale una selezione degli interessi meritevoli di tutela attuata mediante il ricorso alla nozione di causalità" (Alpa). Cosicché la questione del nesso causale —lungi dal poter essere risolta in termini soddisfacenti una volta per tutte— si prospetta attraverso "scelte giuridicamente opportune in un dato momento storico" (Trimarchi).

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- ALPA, *La responsabilità medica*, in *Resp. civ. prev.*, 1999.
- BONA, "Più probabile che non" e "concause naturali": se, quando ed in quale misura possono rilevare gli stati patologici pregressi della vittima", in *Corriere Giur.*, 2009.
- CAPECCHI, *Il nesso di causalità. Da elemento della fattispecie "fatto illecito" a criterio di limitazione del risarcimento del danno*, Padova, 2005.
- CAPECCHI, *Nesso di causalità e perdita di chances: dalle sezioni unite penali alle sezioni unite civili*, in *NGCC*, 2008.
- CITARELLA, *Errore diagnostico e perdita di chance in Cassazione*, in *Resp. civ. e prev.*, 2004.
- DE MATTEIS, *Responsabilità medica ad una svolta?*, in *Danno resp.*, 2005.
- FACCIOLI, *Vecchi e nuovi orientamenti giurisprudenziali in tema di responsabilità medica in una sentenza "scolare" della Cassazione*, in *Resp. civ.*, 2007.
- FRANZONI, *Problemi vecchi e nuovi in tema di causalità*, in *Resp. civ. prev.*, 2006.
- NOCCO, "Causalità: dalla probabilità logica (nuovamente) alla probabilità statistica, la Cassazione civile fa retromarcia", in *Danno e Resp.*, 2006.
- NOCCO, *Il "sincretismo causale" e la politica del diritto: spunti della responsabilità sanitaria*, Giappichelli, Torino, 2010.
- PARADISO, *La responsabilità medica tra conferme giurisprudenziali e nuove aperture*, in *Danno e Resp.*, 2009.
- PUCELLA, *La causalità incerta*, Torino, 2007.
- SCARPA, in *Responsabilità contrattuale e onere della prova: l'incertezza probatoria rientra fra i rischi della prestazione?*, in *Giur. merito*, 2007.
- SEVERI, *Perdita di chance e danno patrimoniale risarcibile*, in *Resp. civ. e prev.*, 2003.
- TRIMARCHI, *Causalità e danno*, Milano, 1967.
- ZENO-ZENCOVICH, *Una commedia degli errori? La responsabilità medica fra illecito e inadempimento*, in *Riv. Dir. Civ.*, 2008.

²⁸ Cass. civ., Sez. III, 16 ottobre 2007, n. 21619.

Giurisprudenza di legittimità

- Cass. civ., Sez. Un., 17 febbraio 1964, n. 351.
Cass. civ., Sez. Un., 26 gennaio 1971, n. 174.
Cass. civ., Sez. III, 15 dicembre 1972, n. 3616.
Cass. civ. Sez. III, 24 marzo 1979, n. 1716.
Cass. pen., 12 luglio 1991, n. 371.
Cass. civ., Sez. III, 18 novembre 1997, n. 11440.
Cass. civ., Sez. III, 1 marzo 1998, n. 2144.
Cass. civ., Sez. III, 30 agosto 1997, n. 8259.
Cass. civ., Sez. III, 24 settembre 1997, n. 9374.
Cass. civ., Sez. III, 22 gennaio 1999, n. 589.
Cass. civ., Sez. III, 12 settembre 2000, n. 12103.
Cass. civ., Sez. Un., 30 ottobre 2001, n. 13533.
Cass. civ., Sez. III, 8 maggio 2001, n. 6386.
Cass. civ., Sez. III, 16 febbraio 2001, n. 2335.
Cass. civ., Sez. Un., 1 luglio 2002, n. 9556.
Cass. pen., Sez. Un., 11 settembre 2002, n. 30328.
Cass. civ., Sez. III, 4 marzo 2004, n. 4400.
Cass. civ., Sez. III, 4 maggio 2004, n. 8457.
Cass. civ., Sez. III, 14 luglio 2004, n. 13066.
Cass. civ., Sez. III, 28 maggio 2004, n. 10297.
Cass. civ., Sez. III, 18 aprile 2005, n. 7997.
Cass. civ., Sez. III, 19 maggio 2006, n. 11755.
Cass. civ., Sez. III, 16 ottobre 2007, n. 21619.
Cass. civ., Sez. III, 13 aprile 2007, n. 8826.
Cass. civ., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 581.
Cass. civ., Sez. Un., 11 gennaio 2008, n. 577.
Cass. civ., Sez. III, 16 gennaio 2009, n. 975.
Cass. civ., Sez. III, 11 luglio 2011, n. 15991.