

LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE DEL MEDICO

di Tiziana Valeriana De Virgilio

**G.U.P. Trani Dott.ssa Miccoli
Sentenza 22 giugno 2009 n. 210**

“Non è penalmente responsabile ai sensi dell’art 589 c.p. il medico dipendente del Pronto Intervento quando, pur avendo posto in essere condotte caratterizzate da profili di superficialità ed omissioni inescusabili nella gestione del caso clinico, lo stato di salute del paziente sia già gravemente compromesso. Nei reati omissivi colposi, la riduzione della concreta possibilità di efficacia dell’intervento medico-chirurgico dovuta alle condizioni del paziente, interrompe il nesso di causalità tra la condotta del medico e l’evento morte occorso, assumendo la rilevanza di mera concausa dell’esito infausto della terapia”.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

(Omissis)

1. Con atto depositato in data 16 dicembre 2006 il Pubblico Ministero ha esercitato l’azione penale nei confronti di X.Y. e Z.W., imputati del reato di omicidio colposo trascritto in epigrafe.

Entrambi gli imputati sono stati ammessi alla definizione del processo con il rito abbreviato, accettato anche dalle parti civili costituite.

E’ stata espletata una perizia medico legale e, all’udienza del 26 marzo 2009, rassegnate

dalle parti le conclusioni, il giudice ha deciso con lettura del dispositivo qui di seguito riportato.

2. Ad entrambi gli imputati è ascritta la condotta colposa di cui all’art. 589 cod. pen. perché “quali medici del Servizio 118 intervenuti su richiesta dei familiari di S.A., in cooperazione tra loro e ciascuno con la propria condotta caratterizzata da colpa professionate cagionavano la morte di S.A., avvenuta per arresto cardiocircolatorio secondario a massivo edema polmonare di natura emorragica. In particolare, il dr. Y. e la dr.ssa W., entrambi dopo aver visitato il S. presso la sua abitazione rispettivamente alle ore 17,16 e alle ore 3,30, non ne disponevano il necessario ricovero e gli opportuni approfondimenti diagnostici, omettendo di valutare correttamente il complesso quadro patologico del S.. Con detta condotta omissiva determinavano l’aggravarsi delle condizioni del Secchi e la conseguente morte dello stesso”.

In data 28 gennaio 2006 A.S. affetto da “cardiopatia dilatativa e diabete”, decedeva in (...).

I parenti riferivano in un esposto che il giorno precedente a quello della morte, a seguito di un peggioramento delle condizioni di salute, il S. era stato visitato d’urgenza nella propria abitazione dal medico di fiducia (il dott. K.), il quale, rilevando una grave insufficienza cardio-respiratoria, aveva ritenuto necessario l’immediato ricovero in ospedale mediante intervento del

“118”. Chiamata l’ambulanza era arrivato anche il medico in servizio, il dott. Y. che, dopo una visita “approssimativa”, non aveva ritenuto necessario il ricovero e la somministrazione di ossigeno richiesta dal paziente. Aveva, quindi, disposto l’infusione di una fiala di diuretico.

Nel corso delle ore serali le condizioni del S. erano peggiorate repentinamente ed era stato richiesto nuovamente l’intervento del servizio “118”. Era quindi intervenuta presso l’abitazione del S. la dott. W., che aveva confermato l’inutilità del ricovero, trattandosi di una semplice infezione delle vie urinarie tanto che alle ore 3,30 era andata via. Alle ore 7,00, richiesto un nuovo intervento la dott. W. aveva disposto il trasporto urgente del S. presso il pronto soccorso, dove però era giunto cadavere.

Le indagini svolte dal Pubblico Ministero prima e gli accertamenti medico legali effettuati con la perizia disposta nel giudizio abbreviato hanno acclarato che entrambi i medici odierni imputati Posero in essere condotte caratterizzate da profili di superficialità ed omissioni inescusabili nella gestione del caso clinico di cui ebbero ad occuparsi in tempi diversi.

E’ utile, in merito, rinviare alle “considerazioni medico legali” contenute nella relazione peritale acquisita in atti, esente da vizi logici e di metodo e che, per questo, si fa propria nel percorso decisionale.

Senonché, così come verificato anche dal perito, nel caso di specie non è stato accertato uno degli elementi costitutivi del reato di omicidio colposo ovvero la c.d. “*efficienza causale*” tra la condotta colposa dell’autore e l’evento morte.

Ha affermato il perito nella sua relazione (pagg. 19 - 20): <<....Passando allora a valutare se la condotta assistenziale posta in essere dai sanitari, qualificata come negligente ed imprudente, abbia avuto efficienza causale nel determinismo dell’exitus, innanzitutto si sottolinea come la carenza dei dati obiettivi a disposizione e gli

elementi di contraddittorietà di taluni degli stessi (diagnosi del curante versus quella dei medici del 118) inficino la verifica del nesso stesso. Vero è che in caso di *provata* gravità respiratoria, quale quella segnalata dal medico curante, la condotta di tutti e tre (n.d.r.: il perito correttamente ha rilevato profili di colpa anche in capo al medico di famiglia, dott. K.) medici intervenuti a vario titolo, avrebbe avuto efficienza *concausale* nel peggioramento della insufficienza cardiaca, ritardando la diagnosi e soprattutto i trattamenti che il caso richiedeva: la persistenza per ore di una grave insufficienza cardiorespiratoria difatti potrebbe aver contribuito al peggioramento dello stato di salute portando allo scompenso cardiaco con edema polmonare esiziale. Deve tuttavia rilevarsi che il sig. S. fosse paziente affetto da grave compromissione del sistema cardiocircolatorio e respiratorio, a tipica evoluzione progressivamente peggiorativa nonostante i presidi terapeutici già in atto, tra i quali il posizionamento di un pace-maker defibrillatore: riscontri questi che certamente rendevano *severa* la prognosi *quoad vitam* dell’*edema polmonare* che complicò lo stato di scompenso cardiaco, sin dall’esordio, riducendo in concreto la possibilità di efficacia e successo dei presidi terapeutici quand’anchetempesivamente applicati. In conclusione, in un’ottica controfattuale non vi sono elementi di certezza che consentano di stabilire se un ricovero tempestivo in ambiente ospedaliero avrebbe migliorato la prognosi, di per sé già severa per le riferite preesistenze>>.

Ha quindi concluso il perito: <<....La gravità delle patologie dalle quali il sig. S. era affetto, le incertezze e carenze documentali sulle condizioni del paziente durante le fasi di assistenza a domicilio non consentono di poter stabilire, con certezza o alta probabilità logica, se la predetta condotta abbia influito in maniera concausale nel determinismo dell’exitus. Difatti, nell’ottica contro fattuale gli elementi a disposizione non sono sufficienti per stabilire con certezza se un

trattamento tempestivo ed adeguato avrebbe potuto migliorare la prognosi *quoad vitam* di paziente in precario equilibrio cardiorespiratorio da lungo tempo>>.

Se così è, gli imputati vanno assolti perché il fatto come ascritto non sussiste. Va, infatti, rammentato che la giurisprudenza da sempre ha affrontato il problema della causalità nel “reato omissivo improprio” o “compromissivo mediante omissione” posto in essere da chi viola gli speciali doveri collegati alle cc.dd. *posizioni di garanzia* non impedendo il verificarsi dell’evento (art. 40 comma 2 cod. pen.).

Come è noto, prima dell’intervento delle Sezioni Unite in materia (con la sentenza 10 luglio 2002 n. 30323, Franzese), la giurisprudenza basava il giudizio di responsabilità esclusivamente sul criterio probabilistico/statistico pur con significative differenze rispetto al *quantum* percentuale idoneo ad ascrivere il fatto lesivo alla condotta omissiva del medico.

Si andava dall’orientamento, per lungo tempo non controverso secondo cui per fondare il giudizio di responsabilità era sufficiente accertare che l’intervento del sanitario, doveroso ma omesso, avrebbe avuto “serie ed apprezzabili probabilità di successo”, fino all’altro, più recente, che invece pretendeva occorresse accertare che il comportamento doveroso ma omesso, avrebbe avuto “un alto grado di probabilità di successo” intendendosi, però, tale espressione, nel senso che dovesse esserci una probabilità vicina alla “certezza” cioè “quasi prossima a cento”, non bastando una semplice probabilità, o addirittura, una mera possibilità, più o meno elevata, di salvezza.

Più specificamente, in epoca meno recente è stato talora affermato che a far ritenere la sussistenza del rapporto causale, “quando è in gioco la vita umana anche solo poche probabilità di successo sono sufficienti” (Cass. Sez. 4, n. 4320/83); in altra decisione si è precisato che, pur nel contesto di una “probabilità anche limitata”, deve trattarsi di “serie ed apprezzabili probabilità di

successo” (considerandosi rilevante, alla stregua di tale parametro, una possibilità di successo del 30%: così Cass. Sez. 4, n. 371/92).

In un’altra decisione la Suprema Corte aveva affermato che “in tema di responsabilità per colpa professionale del medico, se può essere consentito il ricorso ad un giudizio di probabilità in ordine alla prognosi sugli effetti che avrebbe potuto avere, se tenuta, la condotta dovuta..., è necessario che l’esistenza del nesso causale venga riscontrata con sufficiente grado di certezza, se non assoluta...almeno con un grado tale da fondare su basi solide un’affermazione di responsabilità non essendo sufficiente a tal fine un giudizio di mera verosimiglianza (così Cass. Sez. 4, n. 10437/93).

In tempi più recenti la prevalente giurisprudenza della Corte ha costantemente posto l’accento sulle “*serie e rilevanti (o apprezzabili) probabilità di successo*” sull’*alto grado di possibilità*” ed espressioni simili (così, Cass. Sez. 4, n. 1126/2000: nella circostanza è stata apprezzata, a tali fini, una percentuale del 75% di probabilità di sopravvivenza della vittima, ove fossero intervenute una diagnosi corretta e cure tempestive).

Alla fine dell’anno 2000 la Suprema Corte in due occasioni (Cass. Sez. 4, 28 settembre 2000, Musto, e Sez. 4, 29 novembre 2000, Baltrocchi) ha poi sostanzialmente rivisto “ex novo” la questione, procedendo ad ulteriori puntualizzazioni.

E’ stato invero rilevato che “*il problema del significato da attribuire alla espressione “con alto grado di probabilità”...non può essere risolto se non attribuendo all’espressione il valore, il significato appunto, che le attribuisce la scienza e, prima ancora, la logica cui la scienza si ispira, e che non può non attribuirgli il diritto*”; ed è stato, quindi, sostenuto che “*per la scienza non v’è alcun dubbio che dire “alto grado di probabilità” “altissima percentuale” “numero sufficientemente alto di casi” voglia dire che, intanto il giudice*

può affermare che una azione o omissione sono state causa di un evento, in quanto possa effettuare il giudizio controfattuale avvalendosi di una legge o proposizione scientifica che “enuncia una connessione fra eventi in una percentuale vicina a cento”..., questa in sostanza realizzando quella “probabilità vicina alla certezza”.

A tali risultati la giurisprudenza era pervenuta senza che venisse posta in discussione l'accettazione di quella che è considerata l'unica teoria sulla causalità che il nostro ordinamento prende in considerazione, cioè quella della *condicio sine qua non* o della equivalenza delle cause. Secondo tale teoria è causa penalmente rilevante la condotta umana, attiva od omissiva, che si pone come condizione necessaria nella catena degli antecedenti che hanno concorso a produrre il risultato, senza la quale l'evento da cui dipende l'esistenza del reato non si sarebbe verificato. La verifica della causalità, quindi, postula il ricorso al c.d. “giudizio controfattuale” nel senso che: A) la condotta umana è condizione necessaria dell'evento se, eliminata mentalmente dal novero dei fatti realmente accaduti, l'evento non si sarebbe verificato; B) la condotta umana “non è” condizione necessaria dell'evento se, eliminata mentalmente mediante il medesimo procedimento, l'evento si sarebbe ugualmente verificato.

Il giudizio controfattuale (ovvero “contro i fatti”) costituisce il fondamento della teoria della causalità accolta dal nostro ordinamento e va compiuto sia nella causalità commissiva che in quella omissiva ipotizzando, nella prima, che la condotta sia stata assente e, nella seconda, che sia stata invece presente, e verificando il grado di probabilità che l'evento si sarebbe prodotto ugualmente.

Il giudizio controfattuale va, quindi, effettuato su due livelli: se il fatto materiale non si fosse prodotto si sarebbe ugualmente verificato l'evento? E' chiaro che se la risposta è positiva la causa dell'evento non è

riconducibile all'azione o all'omissione dell'uomo. Se, invece, la risposta è negativa il giudizio va condotto anche in relazione alla condotta umana che ha avuto efficacia nel determinismo dell'evento: se quella condotta non fosse stata assente (o fosse stata presente) l'evento si sarebbe prodotto ugualmente?

Si transita, così, nel giudizio dalla causalità meramente materiale a quella particolare forma di causalità denominata “causalità della condotta”. Causalità materiale e causalità della condotta possono anche coincidere quando il fatto materiale che ha cagionato l'evento è costituito dall'opera dell'uomo. Nei reati colposi, però, l'indagine dovrà poi essere completata con l'accertamento dell'eventuale esistenza dell'elemento soggettivo del reato: è infatti necessario verificare se quella violazione della regola cautelare normativamente o meno prevista, abbia cagionato.

Già prima dell'intervento delle Sezioni Unite, la suprema Corte ha avuto modo di sottolineare la distinzione tra la probabilità statistica e la probabilità logica; è stato evidenziato come una percentuale statistica pur alta possa non avere alcun valore eziologico effettivo quando risulti che, in realtà, un certo evento è stato cagionato da una diversa condizione; e come, al contrario, una percentuale statistica medio-bassa potrebbe invece risultare positivamente suffragata in concreto dalla verifica della insussistenza di altre possibili cause esclusive dell'evento, di cui si sia potuto escludere l'interferenza (così Cass. Sez. 4, 23/1/2002, Orlando).

Atteso il radicale contrasto che nel tempo si era determinato all'interno della giurisprudenza di legittimità, le Sezioni Unite si sono pronunciate con la nota sentenza *Franzese*, con la quale sono stati individuati i criteri da seguire perchè possa dirsi sussistente il flesso causale tra la condotta omissiva e l'evento, e sono stati enunciati taluni principi che sinteticamente si richiamano:

1) il nesso causale può essere ravvisato quando, alla stregua: del giudizio controfattuale condotto sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica - universale o statistica - si accerti che, ipotizzandosi come realizzata dal medico la condotta doverosa impeditiva dell'evento "hic et nunc", questo non si sarebbe verificato ovvero si sarebbe verificato ma in epoca posteriore o con minore intensità lesiva;

2) non è consentito dedurre automaticamente dal coefficiente di probabilità espresso dalla legge statistica la conferma o meno, dell'ipotesi accusatoria sull'esistenza del nesso causale, poichè il giudice deve verificarne la validità nel caso concreto, sulla base delle circostanze del fatto e dell'evidenza disponibile, così che, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi risulti giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con "alto o elevato grado di credibilità razionale" o "probabilità logica";

3) l'insufficienza la contraddittorietà e l'incertezza del riscontro probatorio sulla ricostruzione del nesso causale, quindi il ragionevole dubbio, in base all'evidenza disponibile, sulla reale efficacia condizionante della condotta omissiva del medico rispetto ad altri fattori interagenti nella produzione dell'evento lesivo, comportano la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e l'esito assolutorio del giudizio.

Pertanto, secondo il ragionamento delle Sezioni Unite, potrà pervenirsi all'affermazione di responsabilità solo quando, all'esito del ragionamento probatorio che abbia altresì escluso l'interferenza di fattori alternativi, risulti giustificata e "processualmente certa" la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con "alto o elevato grado

di credibilità razionale" o "probabilità logica".

Nel caso di specie, tenuto conto - come si è visto - degli esiti incerti degli accertamenti sul c.d. giudizio controfattuale non si può che emettere pronunzia assolutoria

P.T.M.

Il giudice, letti gli artt. 438 ss. e 530 cod. proc. pen., assolve X.Y. e Z.W. dal reato ascritto loro perché il fatto non sussiste.

(*Omissis*)

* * * * *

NOTA

La sentenza in analisi, emessa dal G.U.P. del Tribunale di Trani, interviene nuovamente nell'ambito di una diatriba che da anni ormai ha condotto a diverse riflessioni sia in dottrina che in giurisprudenza di merito e di legittimità: quale debba essere la qualificazione della responsabilità medica e quali siano i confini e i riverberi dell'intervento medico-chirurgico sul paziente.

La pronuncia in oggetto benché di carattere penale, offre un valido spunto per affrontare la tematica della responsabilità medica su un duplice profilo: l'identificazione del problema del nesso causale e la sua rilevanza per la determinazione della responsabilità del medico dipendente di una struttura ospedaliera in relazione al suo intervento nei confronti del paziente.

Il tema non è solo di grande interesse per la sua complessità e per la sua portata interdisciplinare tra il diritto penale e del lavoro, ma più di tutto riveste ancor più rilievo laddove lo si connota nell'ambito dell'identificazione e qualificazione che la figura del medico abbia nel nostro sistema sociale.

Inevitabilmente divergeranno anche le conseguenze nel giudizio penale rispetto all'eventuale giudizio di lavoro nei confronti del professionista. Infatti, se nel primo sarà oggetto di valutazione critica la diretta connessione causale tra condotta attiva/omissiva del medico e l'evento-danno occorso al paziente, nel secondo sarà la natura della prestazione e la sua competenza alla stregua dei caratteri di diligenza e perizia.

Dobbiamo considerare che recenti interventi della Suprema Corte hanno teso a distinguere la causalità penale da quella civile (Cass. civ., 16 ottobre 2007 n. 21619) e le ragioni sono essenzialmente tre: la prima riguarda la diversa funzione che il sistema penale debba assolvere rispetto a quello civile, ossia di tipo sanzionatorio a fronte della responsabilità aquiliana e contrattuale di matrice civilistica.

In secondo luogo, va notato come in sede civile siano previste forme di responsabilità oggettiva e presunzioni di colpa che in sede penale sono completamente negate: ciò in virtù dell'esigenza di una tutela rafforzata di determinati beni giuridici quali sono quelli definiti essenziali nel nostro ordinamento.

In ultimo è necessario considerare come tale tutela venga in evidenza con l'affermarsi del concetto esteso di esigenza di giustizia tramite la risarcibilità accordata anche alla cosiddetta perdita di chance, affermata anche in relazione all'intervento medico-chirurgico.

Per le motivazioni su esposte, va compreso come il rapporto di causalità rivesta un ruolo diverso nell'ambito civilistico proprio per la sua connotazione di matrice risarcitoria.

La fonte giuridica di tale obbligazione risarcitoria è stata a lungo discussa, ma gli ultimi orientamenti dottrinari e giurisprudenziali sono concordi nell'affermare che l'obbligazione a cui il medico debba adempiere sia da definirsi di "quasi-risultato". Si è giunti dunque ad una qualificazione dell'obbligazione medica, quale derivante dal cosiddetto contratto di prestazione atipica di spedalità tra il paziente ed il medico, che si assuma l'onere di predisporre tutte le proprie conoscenze al fine di eseguire la prestazione richiesta.

Si configurano dunque, due distinte responsabilità, della struttura ospedaliera e del medico in prima persona. La struttura ospedaliera che si avvalga della collaborazione del medico quale proprio dipendente, risponderà ex art. 1228 c.c. anche qualora non sussista un vero e proprio vincolo di subordinazione del medico ma anche in caso di collaborazione occasionale oppure qualora sia lo stesso medico di fiducia del paziente ad attuare un intervento su richiesta del proprio assistito. La responsabilità della struttura dunque, potrà essere esclusa solo qualora essa abbia assunto una posizione di "*mero collaboratore del creditore*" (Cass. n. 8826/2007).

Il rapporto di subordinazione tra struttura ospedaliera e medico sarà eventualmente fonte di un distinto giudizio che, laddove provata la negligenza e l'imperizia del dipendente, condurrà a sanzioni disciplinari gradatamente proporzionali alla condotta ed al danno provocato. In casi determinati ed in occasioni di comportamenti che ledano l'immagine della categoria professionale alla quale il medico appartiene, sarà poi lo stesso Ordine dei Medici ad avviare un

procedimento disciplinare nei suoi confronti.

Il professionista, assume nella propria veste un duplice obbligo: effettuare una prestazione lavorativa ed assolvere alle funzioni derivanti dal proprio rapporto lavorativo, che lo rende responsabile nei riguardi del proprio datore di lavoro, che dovrà anche eventualmente rispondere del suo operato.

In merito alla responsabilità del medico invece, essa va intesa sempre contrattualmente ma nell'ambito del rapporto qualificato che s'instaura tra professionista e paziente, definito da contatto sociale.

Si definisce in tali termini l'obbligazione che derivi non da una vera e propria pattuizione, bensì dall'obbligo che gravi su di un soggetto appartenente ad una categoria professionale che ne condizioni l'adempimento in base ai canoni di diligenza ex art. 1176, co. 2, e di perizia ex art. 2236 c.c..

Il rapporto tra medico e paziente viene fondato su di un contratto d'opera professionale così come specificato dalla recente sentenza della Suprema Corte n. 577/2008 e la diligenza richiesta al medico sarà qualificata trovando applicazione il combinato disposto degli artt. 1176 e 2236 c.c. che comportano un grado di diligenza maggiore in relazione ai vari gradi di specializzazione e dunque di conoscenza del medico. Per questo motivo, il medico che operi in una struttura ospedaliera e sia specializzato in un determinato settore sarà oggetto di maggiore rigore nel giudizio del suo operato, rispetto al medico del pronto intervento che possiede cognizioni generiche.

L'esigibilità del risultato da parte del paziente/creditore, sarà direttamente

proporzionale alle condizioni dello stesso, all'abilità tecnica del professionista ed alla capacità tecnico-organizzativa della struttura ospedaliera. Tali parametri saranno le linee guida per la valutazione dell'effettivo impatto dell'intervento medico-chirurgico, soprattutto nel caso di esito infausto, che dovrà essere rapportato a criteri di normalità.

Per quanto concerne il regime probatorio, la Corte precisa che il principio del favor per il creditore/paziente pone a suo carico il semplice onere di allegazione del titolo dal quale derivi l'obbligazione del professionista, nonché il peggioramento dello stato di salute del paziente derivante dalla sua prestazione.

Onere del medico invece, sarà quello di dimostrare che eventuali esiti infausti siano dovuti a fattori esterni alla propria sfera soggettiva e comunque non ricollegabili causalmente al proprio operato. Di conseguenza, si elimina la precedente distinzione operata dalla giurisprudenza tra interventi routinari e complessi ai fini del regime probatorio nonché della qualificazione dell'obbligazione medica come di mezzi o di risultato.

Attualmente si considera la prestazione medica nella sua interezza, finalizzata al raggiungimento del fine ultimo, ossia la guarigione del paziente, rapportandola nella sua valutazione, ai criteri di normalità suddetti ed all'impatto che eventuali errori del professionista abbiano avuto sulle condizioni del paziente.

Viene dunque nuovamente in risalto il problema della causalità, che diviene il punto focale della valutazione della condotta del medico. Infatti, al contrario di ciò che avviene nell'ambito penalistico, la causalità civile segue logiche meno rigide, e non sarà

necessario provare al di là di ogni ragionevole dubbio il nesso di causalità tra la condotta attiva od omissiva del medico e l'evento dannoso occorso: non può dunque trovare applicazione il criterio dell'*alto od elevato grado di credibilità razionale* in base al quale effettuare il giudizio controfattuale della fattispecie.

L'istruttoria del procedimento penale in oggetto ha condotto tramite gli accertamenti medico-legali, alla conclusione che effettivamente gli imputati "*posero in essere condotte caratterizzate da profili di superficialità ed omissioni inescusabili nella gestione del caso clinico*". Tuttavia, non è stata rinvenuta la necessaria efficienza causale che determinasse con un grado probabilistico prossimo alla certezza, (secondo i nuovi insegnamenti giurisprudenziali), la connessione di tali negligenze con l'*exitus mortis* del paziente.

La sentenza in esame, utilizza i parametri tracciati dalla ben nota sentenza Franzese n. 30328/2002, al fine di escludere la responsabilità penale degli imputati, laddove non sia possibile ricondurre nettamente alla stregua del ragionamento probatorio, l'evento lesivo al comportamento omissivo del medico, data l'interferenza di fattori esterni quali concause determinanti nell'accelerazione del decorso negativo della patologia della vittima.

Si abbandona definitivamente la precedente impostazione dottrina e giurisprudenziale, la quale richiedeva una causalità "*sufficiente*" a sostenere l'evento danno sulla base del giudizio prognostico effettuato tramite la sussunzione sotto le leggi scientifiche, che potesse ricondurre l'azione/omissione al danno prodotto.

Vi è un punto di svolta con la pronuncia del 2002 nella definizione del concetto di causalità, poiché si sceglie di affiancare il dato probabilistico a quello logico, ammettendo come il cosiddetto "*grado di probabilità prossimo alla certezza*" voglia assolvere ad un'esigenza di formazione di una certezza processuale e non statistica.

Ben diversa però dovrà essere l'impostazione della questione in ambito civilistico, laddove si ravvisi l'intima connessione tra la prova della sussistenza del nesso di causalità e l'accertamento della relativa responsabilità del medico, la cui esclusione sarà onere dello stesso professionista. Sarà dunque necessaria l'applicazione in tale ambito del concetto di "perdita di chance" di guarigione del paziente, al fine di individuare l'effettivo impatto lesivo dell'operato del medico.

La pronuncia della Suprema Corte n. 4400/2004, ha chiarito come s'intenda per chance, la concreta ed effettiva occasione favorevole di conseguire un determinato bene o risultato giuridicamente rilevante ed economicamente suscettibile di autonoma valutazione, tramite la tecnica dello sconto percentuale in base alla chance considerata.

Si dovrà quindi distinguere tra la domanda risarcitoria da perdita di chance, nella quale l'accertamento probabilistico atterra individuazione del nesso di causalità e quella per il mancato raggiungimento di uno specifico risultato, in cui sarà determinante il momento di manifestazione del danno¹.

Scopo ultimo ed imprescindibile del giudizio civilistico, sarà dunque la

¹.CARINGELLA-L. BUFFONI, *Manuale di diritto civile*, Dike giuridica 2009.

tutela del bene della vita che la condotta del medico ha esposto ad ulteriori rischi, valutati tramite il dato probabilistico e con l'impiego delle regole scientifiche.

L'esigenza risarcitoria di tale bene, che nel nostro ordinamento supera le antiche remore che conducevano ad un protezionismo di determinate categorie professionali, è oggi sentita come primaria, proprio in virtù di quel contatto sociale che prima ancora di essere un principio giuridico è essenzialmente un principio sociale irrinunciabile.