



UNIVERSITY  
OF TRENTO - Italy  
Faculty of Law  
Department of Legal Sciences

**Trento Law and Technology  
Research Group  
Student Paper n. 83**

**LA RICERCA DI UN CRITERIO DI  
QUANTIFICAZIONE TIPOLOGICO  
PER IL DANNO DA PERDITA DI  
CHANCE NELLA RESPONSABILITÀ  
MEDICA: UNA MISSIONE  
IMPOSSIBILE?**

**Valeria Luccarini**

lawtech

DOI: 10.5281/zenodo.6862095

COPYRIGHT © 2022 DI VALERIA LUCCARINI

This paper can be downloaded without charge at:

The Trento Law and Technology Research Group Student Papers Series Index  
<http://lawtechnew.jus.unitn.it/main-menu/paper-series/student-paper-series-of-the-trento-lawtech-research-group/2/>  
IRIS:

Questo paper

Copyright © 2022 DI VALERIA LUCCARINI è pubblicato con Licenza Creative Commons  
Attribuzione-Non commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale.

Maggiori informazioni circa la licenza all'URL:  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

# **THE SEARCH FOR A TYPOLOGICAL QUANTIFICATION CRITERIA FOR DAMAGE FROM LOSS OF CHANCE IN MEDICAL LIABILITY: AN IMPOSSIBLE MISSION?**

## **ABSTRACT**

The increasing frequency with which courts determine and order compensation for damages for loss of chance of recovery and survival is the starting assumption of this research. By its own intrinsic nature, in fact, the conceptual tool used by giving legal meaning to chance offers the opportunity to obviate the difficulties generally encountered in the medical sector when facing the proof of the causal link. Through the idea of loss of chance, the injured parties have access to compensation even when there is a lack of certainty that a properly performed medical act would have achieved the outcome desired. Currently, therefore, although doubts remain as to the implementation of this idea in medical liability, the judicial use of this category of damage has undoubtedly become routine in the Italian medical litigation. A crucial problem with this implementation persists, though. At present, in fact, there is no unity of view among the courts of first instance on the choice of method for the liquidation of the damages. This aspect, although not frequently examined, is of primary importance, considering the risk that this absence of a common liquidation method may turn into a disparity of compensatory treatment for the injured parties. Therefore, the study revolves around the identification of the various quantification criteria used by the courts of the first instance, to propose and systematize the possible liquidation approaches to be adopted in cases of loss of chance in the medical context. The work starts with a general overview of loss of chance with a focus on the specific characteristics that loss of chance assumes in the medical malpractice area. The second part of the study presents an in-depth examination of the decisions of the Italian courts of the first instance, considering the fundamental difference between the chance of recovery and the chance of survival as starting assumption. The comparative analysis of the decisions shows the existence of two different liquidation trends for cases of loss of chance of recovery and three different quantification criteria for cases of loss of chance of survival. For each of these solutions, are then analysed the theoretical and practical advantages and disadvantages, from which the preferable options are finally identified, according to the general principles of the legal system.

## **KEYWORDS**

Private law – Medical malpractice - Compensation for damage - Loss of chance – Case law analysis

## **INFORMATION ON THE AUTHOR**

Valeria Luccarini earned her graduation cum laude from the Faculty of Law of Trento, under the supervision of Prof. Umberto Izzo (September 2022). Opinions and any mistake are the Author's only.

# **LA RICERCA DI UN CRITERIO DI QUANTIFICAZIONE TIPOLOGICO PER IL DANNO DA PERDITA DI CHANCE NELLA RESPONSABILITÀ MEDICA: UNA MISSIONE IMPOSSIBILE?**

## **ABSTRACT**

La presente ricerca nasce alla luce della sempre maggiore frequenza con cui le corti di merito accertano e dispongono il risarcimento del danno da perdita di chance di guarigione e di sopravvivenza. Per sua intrinseca natura, infatti, l'istituto della chance permette di ovviare alle difficoltà generalmente riscontrate in ambito di medico in ordine alla prova del nesso di causalità, assicurando al danneggiato l'accesso alla tutela risarcitoria anche laddove manchi la certezza che una corretta prestazione medica avrebbe garantito il conseguimento del risultato auspicato. Allo stato attuale, quindi, sebbene residuino dei dubbi in merito all'operatività dell'istituto nel settore della responsabilità medica, l'impiego da parte della giurisprudenza di merito di questa categoria di danno è indubbiamente divenuto costante. Ciò, ha tuttavia fatto emergere l'esistenza di una problematica cruciale connessa a questo istituto: quella della quantificazione del danno. Attualmente, infatti, fra le corti di merito manca un'unitarietà di vedute in ordine alla scelta del metodo da adottare per la liquidazione degli importi risarcitori. Questo aspetto, per quanto non frequentemente vagliato, è di primaria importanza, dato il rischio assai concreto che l'assenza di un orientamento liquidatorio condiviso si traduca in una disparità di trattamento risarcitorio per i danneggiati. Si è ritenuto pertanto utile concentrare lo studio sull'individuazione dei diversi criteri di quantificazione diffusi fra le corti di merito, avendo l'aspirazione ultima di proporre le possibili soluzioni liquidatorie, cui ricorrere nei casi in cui venga accertato il danno da perdita di chance. La ricerca condotta muove innanzitutto da un generale inquadramento dell'istituto e da una identificazione delle caratteristiche specifiche che questa figura ha acquisito nel momento in cui è stata estesa al settore della responsabilità sanitaria. Dopo questa panoramica, viene presentata un'approfondita disamina delle pronunce di merito, condotta avendo come assunto di partenza la fondamentale differenza corrente fra la chance di guarigione e la chance di sopravvivenza. L'analisi comparata delle sentenze rende possibile osservare l'esistenza di due diverse tendenze liquidatorie per i casi di perdita di chance di guarigione e di tre differenti criteri di quantificazione per i casi di perdita di chance di sopravvivenza. Di ciascuna di queste soluzioni vengono, infine, individuati vantaggi e svantaggi a livello teorico e pratico, alla luce dei quali vengono infine identificate le opzioni preferibili, in un'ottica di coerenza con i principi generali dell'ordinamento.

## **PAROLE CHIAVE**

Diritto privato - Responsabilità medica – Risarcimento del danno – Perdita di chance – Giurisprudenza di merito

### **INFORMAZIONI SULL'AUTRICE**

Valeria Luccarini si è laureata con lode presso la Facoltà di Giurisprudenza di Trento, con la supervisione del prof. Umberto Izzo (settembre 2022). Le opinioni e gli eventuali errori sono ascrivibili solo all'autrice

# INDICE

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO I .....</b>	<b>6</b>
<b>L'istituto della perdita di chance.....</b>	<b>6</b>
1. Le teorie antesignane della categoria della chance .....	6
2. Il riconoscimento della risarcibilità della perdita di chance: la sentenza n. 6056 del 1985.....	11
2.1. <i>Segue: la critica della dottrina</i> .....	14
2.2. <i>Segue: La posizione di Pietro Trimarchi e di Mario Barcellona</i> .....	17
3. L'approdo della perdita di chance nella responsabilità medica (sent. 4400/2004) e le ragioni di diritto .....	20
3.1. <i>Segue. L'esperienza francese</i> .....	23
4. Le peculiarità dell'istituto nel settore medico: la chance di sopravvivenza o di guarigione quale chance oppositiva.....	27
5. La Sent. 5461 del 2018: il recente decalogo della Cassazione .....	32
6 Il nesso causale.....	37
6.1. <i>Profili comparatistici</i> .....	40
<b>CAPITOLO II .....</b>	<b>42</b>
<b>La quantificazione del danno da perdita di chance di guarigione.....</b>	<b>44</b>
1 Il problema della quantificazione del danno ed il tendenziale silenzio della giurisprudenza di legittimità.....	44
2. Il danno da perdita di chance di guarigione.....	46
3. La valutazione equitativa .....	49
<i>Tribunale Milano. Sentenza 02/09/2008</i> .....	51
<i>Tribunale Busto Arsizio. Sent. 10/11/2009</i> .....	52
<i>Tribunale Arezzo. Sentenza del 3/04/2012</i> .....	53
<i>Tribunale Arezzo. Sent. 05/09/2013 n.881</i> .....	55
<i>Tribunale Roma. Sent. 13/01/2016 n.556</i> .....	56
<i>Tribunale Como. Sentenza 23/06/2016</i> .....	59
<i>Tribunale sez. VIII – Napoli. Sentenza 27/04/2016, n. 5256</i> .....	59
<i>Tribunale Benevento. Sentenza 29/12/2017 n. 2293</i> .....	60
<i>Tribunale Lucca 27/02/2019 n.304</i> .....	62
<i>Tribunale Roma. Sentenza 03/04/2020 n.5749</i> .....	63
<i>Tribunale Santa Maria Capua. Sentenza 23/04/2020, n.967</i> .....	64
4. La valutazione parametrata sul coefficiente di riduzione.....	65

<i>Tribunale Parma. Sent. n.751/2013</i> .....	66
<i>Tribunale Lucca. Sent. 07/11/2014, n. 1695</i> .....	67
<i>Tribunale Trento. Sentenza n.1202 del 27/11/2014</i> .....	68
<i>Tribunale Pisa. Sent. 17/04/2015 n.589</i> .....	69
<i>Tribunale Arezzo. Sent. 9/08/2016 n.930.</i> .....	72
<i>Tribunale Ravenna. Sentenza 19/10/2016 n.1223</i> .....	73
<i>Tribunale Modena. Sentenza 10/12/2016 n.2294</i> .....	73
<i>Tribunale Arezzo. Sentenza 12/03/2018 n.298</i> .....	74
<i>Tribunale Belluno. Sentenza 31/05/2018 n.268</i> .....	76
<i>Tribunale Perugia 02/09/2019 n.1251</i> .....	77
<i>Tribunale Lecce 03/05/2021 n.1266</i> .....	78
<i>Tribunale Lecce n.3194 del 24/11/2021</i> .....	80
<i>Tribunale Milano 04/11/2021 n.8965</i> .....	81
<i>Tribunale Milano. Sentenza 09/02/2022 n.1100</i> .....	82
5. Considerazioni conclusive .....	84
<i>Tribunale Torre Annunziata 161/2018</i> .....	91
<i>Tribunale Macerata. Sent.14/02/2018 n.7</i> .....	92
<b>CAPITOLO III La quantificazione del danno da perdita di chance di sopravvivenza</b> .....	96
1, <i>Il danno da perdita di chance di sopravvivenza</i> .....	96
<i>Tribunale di Rimini. Sent. 4/11/2016</i> .....	99
<i>Tribunale di Monza. Sent. 5/12/2017</i> .....	100
3.2. <i>La valutazione equitativa</i> .....	102
<i>Tribunale Milano. Sent. 07/05/2012 N.5223</i> .....	103
<i>Tribunale Larino, Sent. 4/04/2013</i> .....	104
<i>Tribunale Firenze. Sent. 31/03/2014</i> .....	105
<i>Tribunale Livorno. Sent. 22/06/2016 n. 822</i> .....	106
<i>Tribunale di Trento. Sent. 22/09/2016 n.893</i> .....	107
<i>Tribunale Avellino 07/02/2017 n.227</i> .....	109
<i>Tribunale Lucca. Sent. 14/11/2018 n.1693</i> .....	110
<i>Corte di Appello Palermo. Sent. 10/07/2017 n.1337</i> .....	111
<i>Tribunale di Vasto. Sent.24/07/2020</i> .....	111
<i>Tribunale Roma 24/07/2020 n.10944</i> .....	112
<i>Tribunale Palermo. Sent. 27/07/2021 3173</i> .....	113
<i>Tribunale Torino 25/10/2021 n. 4709</i> .....	114
<i>Tribunale Lecce 28/09/2021 .2588</i> .....	116



3.3. La valutazione parametrata sul coefficiente di riduzione.....	117
Tribunale Reggio Emilia. Sent. 03/01/2008 n.3 .....	117
Tribunale Trieste 15/05/2017 n.338 .....	118
Tribunale Arezzo 27/06/2017 n.774.....	119
Tribunale di Avellino. Sent. 06/07/2017 n.1353 .....	121
Tribunale Firenze. Sent. 24/01/2018 n.208 .....	123
Tribunale Livorno. Sent.19/03/2018 n.332.....	124
Tribunale Paola 08/05/2018 n.345.....	125
Appello sez. IV - Torino, 15/05/2019, n. 814 .....	126
Tribunale Perugia. Sent.28/11/2019 n.1851 .....	127
Tribunale di Rieti. Sent.10/02/2020 n.82 .....	129
Tribunale Perugia. Sent. 28/02/2020 n.332 .....	129
Tribunale Aosta, sent. 20/04/2021 n.115.....	131
3.4. La valutazione parametrata al valore degli anni di vita perduti.....	131
Tribunale Arezzo. Sent. 19/10/2015 n.1143.....	134
Tribunale Latina, Sent.16/01/2016.....	135
Tribunale Arezzo 08/08/2017 n.943.....	137
Tribunale Latina. Sent. 20/03/2018 n. 748.....	139
Tribunale Ferrara. Sent. 18/06/2018 n.476 .....	141
Tribunale Udine 16/08/2018 n.1034 .....	143
Tribunale Bergamo. Sent. 2/04/2019 n.733 .....	143
Tribunale Lucca, 14/08/2020, n. 733 .....	145
Tribunale Firenze. Sent. 27/10/2020 n.2320.....	146
3.5. Considerazioni conclusive.....	147
Tribunale Milano. Sentenza 28/12/2016 n. 14161 .....	152
<b>CONCLUSIONI</b> .....	155
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	161

## INTRODUZIONE

*"La chance è la misura della nostra ignoranza"*<sup>1</sup>.

È da questa citazione che la Corte di Cassazione avvia le proprie riflessioni in una recentissima pronuncia<sup>2</sup> relativa alla perdita di chance nel settore della responsabilità medica.<sup>3</sup>

Si tratta di una definizione, infatti, che individua perfettamente la caratteristica fondamentale di questo istituto giuridico oltre che consentire la delimitazione del campo di impiego. La chance, infatti, viene richiamata ogniqualvolta la condotta di un soggetto causi per il danneggiato la perdita della possibilità di conseguire un risultato auspicato, rispetto alla cui concreta realizzazione non vi erano però certezze.

È quindi proprio l'ignoranza, ossia l'incapacità di conoscere quale sarebbe stata l'effettiva situazione in assenza dell'inadempimento o del fatto illecito, l'elemento che differenzia le fattispecie che rientrano sotto l'avvio della perdita di chance da quelle che invece possono essere sussunte nel danno da perdita del risultato sperato.

Com'è noto ai più, la perdita di chance è una categoria di danno elaborata intorno alla metà dell'800 dalla giurisprudenza francese e mutuata in via giurisprudenziale dall'ordinamento italiano a partire 1985. Se, in origine, il suo impiego era limitato al campo del diritto del lavoro, col tempo questa costruzione concettuale del danno ha esteso la sua area di operabilità a nuovi ambiti applicativi.

Ad esempio, dopo la celebre pronuncia a sez. un. della Corte di Cassazione n. 500 del 1999, con la quale è stata ammessa la risarcibilità degli interessi legittimi, la chance ha potuto trovare applicazione anche nell'ambito del diritto amministrativo, come strumento volto a tutelare le aspettative deluse del privato in ragione dell'illegittimo, od anche mancato, espletamento di un procedimento amministrativo.<sup>4</sup>

In particolare, il risarcimento della chance ha trovato ampia applicazione con

---

<sup>1</sup> "The chance is the measure of our ignorance" di Paul Carré, filosofo ed economista.

<sup>2</sup> Corte di Cass., sez. III, 11/11/2019, 28993.

<sup>3</sup> I fatti di causa non sono esposti nella sentenza ma, dalla lettura, si comprende che la controversia ha tratto origine da un intervento elettivo di rimozione di un tumore benigno al timo, a seguito del quale si è verificata una lesione aortica che parrebbe non eziologicamente riconducibile all'intervento. Poche ore dopo il primo intervento, è stato eseguito un secondo intervento diretto a impedire l'emorragia in atto, cui è seguito il decesso del paziente. I parenti della vittima lamentano che i sanitari abbiano colpevolmente tardato ad effettuare il secondo intervento, privando il paziente delle residue (e parrebbe molto modeste) chances di sopravvivenza.

<sup>4</sup> Si segnalano le recenti pronunce sul tema Consiglio di Stato, sez. VI, 13.09.2021 n. 6268; C.d.S., sez. V, 15 novembre 2019, n. 7845; IV, 23 settembre 2019, n. 6319; III.

riferimento agli appalti pubblici<sup>5</sup> nell'ipotesi in cui il soggetto non aggiudicatario provi che a seguito dell'illegittima condotta della Stazione Appaltante sia stata negata la possibilità di conseguire un risultato utile (l'aggiudicazione) che sarebbe stato non certo ma concretamente possibile qualora la condotta della PA fosse stata improntata a legittimità.

Inoltre, a partire dalla pronuncia 15795 del 2001, la Corte di Cassazione ha aperto a questa categoria di danno anche le porte della responsabilità professionale, riconoscendo un obbligo risarcitorio gravante sul professionista forense, qualora l'inadempimento di quest'ultimo abbia privato il cliente della possibilità di proporre gravame.

Infine, nel 2004 la perdita di chance è approdata anche nel settore della responsabilità medica, nella veste di un danno non patrimoniale risarcibile, laddove l'inadempimento del personale sanitario abbia frustrato le possibilità di guarire del paziente, ovvero di sopravvivere per un lasso di tempo maggiore rispetto a quello vissuto.

Il sempre maggior richiamo da parte della giurisprudenza di questo istituto ha generato non poche perplessità, soprattutto a livello dottrinale.

In particolare, uno degli aspetti che, dalla prima comparsa di questa figura nel panorama giuridico italiano, è sempre stato controverso è quello della qualificazione della perdita di chance in termini di danno emergente ovvero di lucro cessante.

A livello generale, quando si discorre di danno emergente si fa riferimento alla perdita economica subita da un creditore a causa della mancata, inesatta o ritardata prestazione del debitore. Per lucro cessante, invece, si intende l'incremento patrimoniale che il danneggiato avrebbe conseguito in caso di corretta esecuzione della prestazione o in assenza dell'illecito.

Delineata nel primo senso, quindi, la chance corrisponderebbe ad un bene giuridico autonomamente tutelabile, già presente all'interno del patrimonio del soggetto. Viceversa, nell'ottica di mancato guadagno la chance si indentificherebbe con una mera preclusione dell'acquisizione di ulteriori utilità patrimoniali, causata dall'inadempimento o dall'illecito di controparte.

La classificazione della chance in termini di danno emergente o di lucro cessante corrisponde tendenzialmente a due diverse concezioni della figura, rispettivamente la concezione ontologica e quella eziologica<sup>6</sup>.

La ricostruzione prospettata dalla teoria ontologica, per come si evince dalla sua stessa denominazione, concepisce la chance come un bene ontologicamente diverso ed autonomo rispetto al *quid* la cui perdita identifica un danno pacificamente risarcibile.

Le possibilità di un soggetto di conseguire il risultato da lui auspicato (o viceversa di evitare che si verifichi quello indesiderato) vengono delineate come entità a sé stanti,

---

<sup>5</sup> La risarcibilità della perdita di chance, riconosciuta in ambito giurisprudenziale già prima dell'emanazione del Codice del Processo Amministrativo, con esplicito riferimento alla materia degli appalti è stata poi codificata per effetto delle modifiche apportate all'art. 245-quinquies del D.lgs. 163/2006, nella trasposizione della disciplina nell'ambito dell'art. 124 c.p.a..

<sup>6</sup> Le espressioni "ontologica" ed "eziologica" ricorrono per la prima volta nel Pret. Ascoli Piceno, 23 marzo 1993, in Foro it., 1994, I, 1838.

preesistenti all'interno del patrimonio al momento del pregiudizio. Pertanto, la condotta che comporti il venir meno di queste possibilità integrerebbe un danno emergente, al pari di qualunque altra lesione cagionata al patrimonio del danneggiato. L'indirizzo ontologico, quindi, si basa essenzialmente sulla reificazione della probabilità, la quale da dato astratto diventa un bene giuridico di per sé meritevole di tutela. Ciò ha come logica conseguenza quella di rendere, astrattamente, la sua lesione sempre risarcibile.

Se, infatti, si decide di concepire la chance come entità patrimoniale, allora, il suo venir meno, dovrebbe sempre integrare un danno risarcibile, di là del suo concreto ammontare. Condizione per il risarcimento del danno da perdita di chance, dunque, sarebbe esclusivamente l'esistenza stessa della chance; mentre il dato percentuale con cui la chance si esprime dovrebbe avere rilevanza esclusivamente con riferimento al *quantum*.

Viceversa, secondo la concezione eziologica, attualmente minoritaria, la nozione di perdita di chance dovrebbe rientrare nell'ambito del lucro cessante, in quanto rappresenterebbe la mancata acquisizione, seppur in termini di mera probabilità, di un bene non già diversamente preesistente nel patrimonio del danneggiato.

La perdita di chance non potrebbe, infatti, essere considerata un'entità autonoma distinta dal bene finale, ma consisterebbe invece in un mero espediente giuridico escogitato per superare le difficoltà dell'accertamento causale in ordine all'evento finale auspicato dal danneggiato.<sup>7</sup>

L'adesione alla teoria eziologica ha l'importante implicazione di creare un ulteriore presupposto per l'integrazione di un danno da perdita di chance.

Il mancato riconoscimento dell'autonomia concettuale della chance comporta, infatti, il sorgere della necessità che quest'ultima sia assistita, ai fini della risarcibilità, da una rilevante consistenza dal punto di vista quantitativo.

In questo senso, il dato statistico percentuale non dovrebbe interessare solo in sede di quantificazione del danno. La sua rilevanza verrebbe anticipata al momento dell'accertamento *dell'an* della responsabilità, al punto che la prova di un considerevole grado di probabilità di conseguire il bene vita integrerebbe un elemento costitutivo della fattispecie.

La difficoltà incontrata da parte della dottrina nel rintracciare una unitarietà di vedute sul punto, è stata rafforzata dall'incostanza delle posizioni assunte nel tempo dalla giurisprudenza. In particolare, in ambito civilistico si può osservare, anche a livello di giurisprudenza di legittimità<sup>8</sup>, come la chance sia stata ambivalentemente inquadrata sia nell'alveo del danno emergente che in quello del lucro cessante.

---

<sup>7</sup> Così per B. GUIDI- E. SERANI, *Il risarcimento del danno da perdita di chance di vita, cura e guarigione: prassi, trend e criteri liquidatori*, in *Danno resp.*, 2016, 506; M. BONOMI, *La perdita di chance quale danno risarcibile in via autonoma a seguito di illegittimo comportamento della p.a.*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2011, 233; M. ROSSETTI, *Il danno da perdita di chance*, in *Riv. giur. circ.*, 2000, 662.

<sup>8</sup> Ad esempio, Cass., 20 novembre 2018, n. 29829, in *De Jure*; Cass., 11 ottobre 2017, n. 23862, in *Guida al dir.* 2018, 29 ss.; Cass., 14 maggio 2013, n. 11548, in *Guida al dir.*, 2013, 11548 ss.

Non sono mancate pronunce in cui la Cassazione<sup>9</sup>, per di più, pur argomentando in chiave ontologica e quindi riconoscendo la chance come entità patrimoniale a sé stante, riconduce, al momento della quantificazione del danno, quest'ultima nell'ambito del lucro cessante, richiedendo, altresì, che il danneggiato dimostri la realizzazione in concreto di alcuni dei presupposti generalmente necessari per l'integrazione del danno da mancato raggiungimento del risultato sperato.

L'unico aspetto su cui sembrerebbe dunque esserci unitarietà di vedute è quello relativo alla *ratio* dell'istituto, che risponde alla necessità avvertita dall'ordinamento di garantire un ristoro al danneggiato in quei casi in cui vi è una prova dell'inadempimento ma non altrettanta certezza rispetto alla sussistenza del nesso causale fra condotta e danno. Infatti, comparando fra di loro i vari impieghi della chance, l'elemento costante è l'impossibilità di rinvenire un collegamento causale certo fra l'illecito (contrattuale o aquiliano) ed il mancato conseguimento dell'utilità anelata. Questa incertezza, in passato preclusiva del risarcimento, viene allora bypassata tramite il ricorso alla figura della chance: la possibilità di conseguire il risultato sperato (come, ad esempio, la promozione) diviene essa stessa *res* tutelabile, bene patrimoniale, la cui perdita integra un danno risarcibile.

La chance diviene quindi una mera tecnica di quantificazione del danno, nella misura in cui consente al giudice, pur in presenza di un nesso causale indimostrato, di disporre comunque il risarcimento e di modularne l'ammontare in funzione della probabilità di realizzazione del risultato atteso: una riparazione, dunque, non integrale e rapportata al c.d. *final harm* bensì solo parziale e parametrata alla consistenza statistica delle chances compromesse.

Ciò evidenzia l'assoluta centralità che il momento della quantificazione del danno riveste rispetto all'applicazione di questo istituto. Tuttavia, quello della valutazione economica è forse l'aspetto della perdita di chance lasciato più in ombra dalla dottrina.<sup>10</sup>

La ragione di questa minore considerazione riservata al *quantum* del risarcimento può essere data dal fatto che, con riferimento alle ipotesi di danno patrimoniale da perdita di chance, (come, per esempio, si ha nel caso del privato per cui viene meno la possibilità di aggiudicarsi un determinato appalto) la giurisprudenza si mostra unitaria nell'aderire alla soluzione di ridurre la liquidazione del danno finale alla percentuale con la quale viene letta la chance compromessa dall'inadempimento di controparte.

Altrettanta costanza, invece, non si registra con riferimento alla perdita di chance di guarigione o sopravvivenza, dal momento che la giurisprudenza di merito non risulta ancora allineata nell'adozione di un unico approccio.

Questo studio si propone quindi di rintracciare delle possibili linee guida che possano orientare il risarcimento del danno da perdita di chance laddove questa rilevi in campo medico.

---

<sup>9</sup> Cass., 16 gennaio 2009, n. 1850, in *Danno resp.*, 2009, 1033 ss.

<sup>10</sup> Come constatato anche da G. Cricenti in *"La perdita di chance nella responsabilità medica"*, Giuffrè editore, 2019.

Infatti, mentre nel primo capitolo si procederà ad un preliminare inquadramento della perdita di chance e ad un'illustrazione degli strumenti elaborati nel corso degli anni per adattare l'istituto alle regole della responsabilità civile (in particolare a quelle inerenti all'accertamento causale), il secondo ed il terzo capitolo si caratterizzeranno per un'attenta disamina e comparazione delle scelte liquidatorie adottate dai vari giudici di merito.

L'approfondita disamina delle pronunce, prima relative alla perdita di chance di guarigione e dopo alla perdita di chance di sopravvivenza, evidenzierà come l'assenza di un approccio unanime rischi di tradursi (e di fatto si traduca) in una grave disparità di trattamento dei soggetti danneggiati, esposti all'impredicibile esito di una lotteria che si conclude con esiti diversi quante volte un giudice di merito dirima il caso nel quale sia liquidata una chance ritenuta risarcibile.

Come si avrà modo di notare in seguito, si è più volte verificata l'iniqua circostanza che a fronte della perdita di chances dal medesimo ammontare, due distinti tribunali abbiano liquidato degli importi fra di loro non compatibili e con un divario tale da non apparire giustificabile neanche alla luce di fattori quali, ad esempio, la diversa età dei pazienti ovvero i differenti stati di salute pregressi.<sup>11</sup>

Coerentemente con le finalità del presente lavoro, l'indagine non riguarderà il danno da perdita di chance del rapporto parentale, dal momento che in questo ambito si è rintracciata la costante e pressoché unanime applicazione di un criterio analogo a quello previsto per la liquidazione del danno patrimoniale da perdita di chance, che quindi riduce in ragione della percentuale della possibilità perduta l'importo sarebbe spettato ai parenti nel caso in cui fosse stato provato il nesso di causalità fra l'inadempimento del medico ed il danno subito dal paziente.

## CAPITOLO I

### L'istituto della perdita di chance

**Sommario:** 1.1 Le teorie antesignane della perdita di chance; 1.2. Il riconoscimento della risarcibilità della perdita di chance: la sentenza 6056 del 1895; 1.2.1. Segue: Le critiche della dottrina; 1.2.2. Segue: La posizione di Pietro Trimarchi e Mario Barcellona; 1.3. L'approdo della perdita di chance nella responsabilità medica e le ragioni di diritto; 1.3.1. Segue: L'esperienza francese. 1.4. Le peculiarità dell'istituto nel settore medico: la chance di sopravvivenza o di guarigione quale chance oppositiva; 1.5 Il recente decalogo della Cassazione: la Sentenza n. 5461 del 2018; 1.6. Il nesso causale; 1.6.1. Profili comparatistici

#### **1. Le teorie antesignane della categoria della chance**

In Italia, la costruzione della chance come autonoma figura *iuris sub specie* di danno emergente si deve soprattutto all'opera della dottrina.

Uno fra i primi a prospettare l'autonoma rilevanza in sede risarcitoria delle possibilità di profitto perdute in conseguenza di un illecito altrui è stato Piero Calamandrei, il quale a partire dagli anni Trenta del secolo scorso avviò la riflessione sull'argomento, occupandosi della responsabilità dell'avvocato.

L'intervento fu occasionato da una pronuncia della Cassazione del Regno del 10 febbraio 1931, la quale aveva escluso la risarcibilità del danno cagionato da un procuratore che aveva lasciato spirare vanamente i termini per la proposizione dell'appello, nullificando così definitivamente le possibilità del cliente di ottenere una definizione favorevole della lite.

La conclusione cui approdò la Cassazione era che potesse configurarsi in conseguenza diretta del negligente comportamento del professionista solo il rimborso delle spese e delle somme già anticipate da cliente, essendo di fatto inesequibile una prognosi rispetto ai possibili esiti processuali dell'impugnazione. Questi ultimi, infatti, sarebbero stati influenzati da una commistione di diversi fattori, certamente di natura tecnica, ma anche di natura soggettiva (come la valutazione delle prove ad opera del giudice, l'attività assertiva delle parti, le loro risorse difensive) che avrebbero reso difficile, se non impossibile, effettuare una stima rispetto agli epiloghi del giudizio.

È proprio dinnanzi a questa netta censura della Corte che si inserisce l'intervento di Calamandrei.

L'Autore, in "*Limiti alla responsabilità del legale negligente*<sup>12</sup>", propone invece l'elaborazione di un meccanismo di risarcimento parziale del danno, rapportato alla perdita di mere probabilità statistiche.

---

<sup>12</sup> P. Calamandrei "*Limiti alla responsabilità del legale negligente*" in *Riv. dir. proc. civ.*, 1931, 4, II, 260.

L'assunto da cui muove l'analisi non nega che sia impossibile prevedere quale sarebbe stato il corso degli eventi in assenza di quel comportamento negligente: anzi, è lo stesso Calamandrei ad affermare che *"ogni sentenza è il prodotto di una quantità di fattori imponderabili, molti dei quali sono irriproducibili fuori dall'ambiente in cui la sentenza è stata pronunciata"*.<sup>13</sup>

Ciò nonostante, Calamandrei ritiene che l'indagine non si debba concentrare su quello che potrebbe essere l'esito della proposizione del gravame, ma su quali siano effettivamente le probabilità di un buon esito dello stesso, definitivamente venute meno a causa della negligenza del legale, e proprio sulla base di queste commisurare il risarcimento del danno.

Se, infatti, l'esito incerto di un processo non celebrato impedisce di accertare la sussistenza di un nesso di causalità immediata e diretta tra la colpa del professionista e la soccombenza dell'assistito, lo stesso non può dirsi per il nesso che lega inadempimento e perdita delle probabilità favorevoli all'accoglimento del gravame.

A tal fine, verrebbe di fatto in soccorso la statistica giudiziaria. Dal momento che viene registrato il numero di sentenze riformate presso la Corte di Appello di una data circoscrizione, sarebbe infatti possibile ricostruire astrattamente le probabilità statistiche di ciascun soggetto rispetto all'accoglimento del gravame. Di conseguenza, laddove fosse statisticamente rilevato che, presso una determinata Corte di Appello, quaranta gravami su cento vengono mediamente accolti, dovrebbe concludersi, nella logica del giurista fiorentino, che in astratto qualsiasi appellante avrebbe, in quella data circoscrizione, il 40% di probabilità di vedere riformata la sentenza gravata. E quindi, ipotizzando una causa in astratto del valore di 10000 euro, il risarcimento dovrebbe essere commisurato in 4000 euro.

La soluzione prospettata da Calamandrei suscitò diverse critiche da parte della dottrina coeva, in particolare da parte di Francesco Carnelutti<sup>14</sup>. Quest'ultimo Autore riteneva che l'incertezza circa l'esistenza del danno sofferto precludesse automaticamente l'accoglimento della domanda di risarcimento, anche solo parziale. Inoltre il meccanismo risarcitorio ipotizzato dal Calamandrei gli appariva in evidente contrasto con le norme di diritto in materia di prova: sebbene l'esistenza del danno potesse essere provata con qualsiasi mezzo, anche attraverso presunzioni semplici, *"il che vuol dire, in fondo, con un giudizio di probabilità; ma altro è il giudizio di probabilità impiegato come mezzo di convincimento dell'esistenza del danno, altro come criterio per il suo risarcimento parziale cioè per la sua ripartizione"*.<sup>15</sup>

Su di un diverso piano poggia invece la critica di Paoli<sup>16</sup>, il quale contestava il parametro preso a riferimento dal Calamandrei per ricavare la stima delle probabilità di accoglimento dell'appello.

La statistica giudiziaria su cui si era concentrato si fondava infatti su elementi estremamente eterogenei e su un dato statistico attinente, più che altro, alla frequenza

---

<sup>13</sup> P. Calamandrei op. ult. Cit.

<sup>14</sup> F. Carnelutti, *Rimedi contro la negligenza del difensore*, in *Riv. dir. proc. civ.*, 1933, II, 57.

<sup>15</sup> Sempre P. Calamandrei p.264 op.cit.

<sup>16</sup> G. Paoli, *La responsabilità del legale negligente*, in *Riv. dir. proc. civ.*, 1932,



con cui i giudici di prime cure, in una data circoscrizione, commettevano errori giudiziari.

Il calcolo che ne conseguiva era quindi quella di una probabilità assolutamente astratta di accoglimento del gravame, che finiva solo per attestare il grado di possibilità di ciascuna decisione di primo grado aveva di trovare riforma in sede di impugnazione, indipendentemente però dal merito specifico della causa.

Un'analisi, perciò, che prescindeva totalmente dalle concrete caratteristiche della fattispecie esaminata, su cui invece si sarebbe dovuta concentrare la stima della percentuale di accoglimento.

Fra coloro che rivalutarono la soluzione offerta dal celebre giurista fiorentino, vi è Maurizio Bocchiola che la considerò come una sorta di elaborazione *ante litteram* dell'istituto giuridico della chance. Intuizione, la sua, che troverà conferma nella sentenza della Suprema Corte n. 15759 del 2001<sup>17</sup>

Si tratta della prima pronuncia della Cassazione in cui viene riconosciuto un risarcimento del danno a seguito dell'inadempimento di un professionista, nel caso di specie un commercialista, sulla base di un ragionamento che risulta essere figlio (seppure con importanti correttivi) del meccanismo di valutazione elaborato quasi settant'anni prima da Calamandrei.

Viene infatti affermato che, in presenza di un inadempimento contrattuale del professionista comportante la perdita di "chance" di intraprendere o di proseguire una lite giudiziaria, l'incertezza rispetto ai possibili esiti della lite stessa non ha rilevanza rispetto *all'an* del danno, ma solo rispetto al *quantum*. Infatti, il danno risulterebbe provato nella sua sussistenza ogni qualvolta venga dimostrato sotto il profilo della ragionevole probabilità che la situazione lamentata avrebbe subito per il cliente una diversa e più favorevole evoluzione con l'uso dell'ordinaria diligenza da parte del professionista.

È invece solo in sede di quantificazione che tornano ad avere rilievo le ragionevoli probabilità di buon esito, in concreto venute meno. Il danno sarebbe quindi liquidato assumendo come parametro di liquidazione il vantaggio economico complessivamente realizzabile dal danneggiato, diminuito di un coefficiente di riduzione proporzionato al grado di possibilità di conseguirlo.

Perciò, rispetto ad una controversia il cui valore era di 10000 euro, se per via del comportamento negligente del professionista fosse venuto meno il 40% di possibilità di vittoria, il risarcimento sarà ancora di 4000. Il correttivo, rispetto a quanto teorizzato in origine da Calamandrei, sta però nel parametro di riferimento utilizzato per il calcolo della percentuale: non più correlato ad una generale statistica processuale, ma alle probabilità che emergono dalla fattispecie in concreto.

Il contributo di Bocchiola rispetto al tema della perdita di chance non si è limitato, in ogni caso, ad una rivalutazione dell'intervento di Calamandrei. All'interno del suo

---

<sup>17</sup>Corte di Cass., Sez II, 13/12/2001, n.15759 pubblicata in *Giust. civ.*, 2002, I, 1285; in *Foro It.*, 2002, I, 1804 e in *Danno e resp.*, 2002, 393 con nota di A.L. Bitetto, "Chance perduta come fonte di danno per mancato rispetto delle "regole". Ma quanto vale un'occasione?".

saggio "*Perdita di chance e certezza del danno*"<sup>18</sup> sono infatti rintracciabili tutte le linee che la Cassazione ha, nel corso dei decenni successivi, ripreso e sviluppato.

L'indagine compiuta dall'Autore muove dall'inquadramento dell'istituto della perdita di chance all'interno della macrocategoria del danno risarcibile.

Ai fini della risarcibilità, infatti, nel nostro ordinamento, occorre che il danno si sia verificato e che sia effettivo, non solamente eventuale e potenziale: in altri termini occorre la certezza del danno.

Il problema, dunque, è dato dal fatto che la perdita di chance, per sua stessa definizione, presuppone un'indeterminatezza rispetto al conseguimento dell'utilità auspicata di cui si lamenta il definitivo venir meno: corrisponde ad un'eventualità favorevole che si sarebbe potuta verificare, ma il cui effettivo sopraggiungere è destinato a rimanere incerto, a causa del mancato verificarsi dell'evento per il quale viene richiesto il risarcimento. Il classico esempio è quello del soggetto che, per colpa di un terzo danneggiante, non è in grado di prendere parte al concorso per il quale si era preparato: la posizione che sarebbe riuscito a raggiungere in graduatoria è destinata in ogni caso a rimanere un'incognita.

Il principale tema del lavoro di Bocchiola, perciò, è rappresentato dall'analisi del rapporto fra chance e certezza del danno. In particolare, il suo obiettivo è quello di individuare una chiave di lettura che permetta di riconoscerne la risarcibilità superando così la netta chiusura della giurisprudenza sul punto. Infatti, a differenza delle Corti d'oltralpe, la Corte di Cassazione dell'epoca riteneva ancora preclusa la possibilità di un ristoro a fronte della perdita di chance, in ossequio al principio *actore non probant reus absolvitur*<sup>19</sup>.

In realtà, se analizzata dal punto di vista del requisito della certezza del danno, la perdita di chance presenta, *prima facie*, diverse analogie con il lucro cessante, in particolare modo in materia di onere della prova. L'essenza del lucro cessante risiede proprio nel fatto di rappresentare quell'incremento patrimoniale che si sarebbe verificato se l'inadempimento o l'illecito non fossero avvenuti. Per cui, come nella perdita di chance, anche nell'ambito del lucro cessante non può esservi una certezza assoluta che in assenza dell'evento dannoso o in presenza di un corretto adempimento quella determinata utilità si sarebbe realizzata.

Tuttavia, questa assimilazione con il "*mancato guadagno*" di cui all'art.1223 c.c. non convince Bocchiola, così come le tesi di chi, come ad esempio Busnelli<sup>20</sup>, cerca di rintracciare confini fra perdita di chance e lucro cessante, dal momento che, a detta di Bocchiola, questi due istituti apparterrebbero a categorie concettuali totalmente differenti.

---

<sup>18</sup> M. Bocchiola, "*Perdita di una "chance" e certezza del danno*", in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 1976, 58.

<sup>19</sup> Corte di Cassazione, 24 luglio 1969, n.2810.

<sup>20</sup> L. Busnelli "*Perdita di una chance e risarcimento del danno*" in *Foro it.*, 1965. Busnelli sosteneva che il lucro cessante si configurasse ogni qualvolta vi fosse stata una lesione di un diritto soggettivo, e che quindi la perdita di chance poteva considerarsi integrata esclusivamente nei casi di lesione di meri interessi di fatto.

Secondo Bocchiola in effetti la perdita di chance dovrebbe invece rientrare all'interno della categoria del danno emergente, e non essere correlata ad un risultato favorevole sperato che non ha ancora trovato realizzazione al momento dell'evento dannoso e le cui possibilità di concretizzazione sono proprio, a causa dell'evento, venute meno.

In questo senso la chance viene delineata come una sorta di "*proprietà anteriore*<sup>21</sup>" che è già presente all'interno del patrimonio del danneggiato. E ad essere oggetto del petitum risarcitorio non è la perdita del risultato favorevole, ma la privazione attuale della possibilità di conseguirlo, che è effettivamente nella disponibilità del soggetto nel momento in cui ha subito la lesione.

Secondo questa impostazione la perdita di chance risulterebbe, perciò, qualificabile esclusivamente nella veste di danno presente, poiché, sebbene comporti il venir meno di un futuro risultato favorevole, viene perduta nel momento stesso in cui si verifica l'evento dannoso.<sup>22</sup>

Quindi attraverso la sua analisi, Bocchiola arriva a qualificare la perdita di chance come pregiudizio attuale, certo e risarcibile esclusivamente sotto la veste del danno emergente.

A conferma della quantomeno possibilità di questa lettura, l'autore richiama una figura giuridica che risponde a questo criterio di ragionamento: l'avviamento. Quest'ultimo, pur consistendo in una mera speranza di lucri futuri, resi presumibili da una particolare organizzazione della azienda, non è concepito infatti come valore futuro, ma un valore autonomo ed attuale.

Nella parte conclusiva del saggio, l'autore fissa poi limiti al di sotto dei quali, la chance non sarebbe risarcibile. E lo fa proprio affrontando la questione dell'onere della prova, poiché in linea con le regole ordinarie sulla ripartizione del carico probatorio, è ovviamente necessario che sia l'attore a dare prova dell'esistenza di un danno: una dimostrazione positiva della lesione, tale da non lasciare margini di incertezza al giudice. Condizione per il risarcimento da perdita di una possibilità favorevole è, perciò, che quella stessa possibilità esista e sia consistente. Per questo motivo, a detta dell'autore, occorre che la chance di concretizzazione del risultato sperato fosse, al momento della lesione, pari o superiore al 50%. In caso contrario, la prova dell'esistenza della chance dovrebbe ritenersi non soddisfatta sicché non resterebbe altra alternativa al giudice che rigettare la domanda di risarcimento. Ed infatti, "*in presenza di una percentuale sfavorevole, superiore a quella favorevole, non vi è alcuna ragione che possa giustificare la prevalenza della seconda sulla prima e, quindi, la risarcibilità di un danno non dimostrato*<sup>23</sup>".

---

<sup>21</sup> Savatier -Observations in J.C.P. 1966.

<sup>22</sup> Il danno futuro, infatti, non è la lesione di un bene non ancora spettante all'individuo nel momento in cui il fatto dannoso si è prodotto (da tale punto di vista il lucro cessante sarebbe sempre danno futuro), quanto invece quel danno che non si è ancora verificato al momento in cui il giudizio è incardinato.

<sup>23</sup> M. Bocchiola, op. ult. cit., p. 101.

Se ne deduce, di conseguenza, che il limite al di sotto del quale la chance non rientra nella sfera del giuridicamente rilevante (e di conseguenza risarcibile) è quando le possibilità di verifica dell'evento auspicato sono inferiori al 50%.

La soluzione di intendere la perdita di chance come danno emergente era, peraltro, la stessa a cui erano approdate le Corti d'oltralpe, presso le quali le relative pretese risarcitorie avevano trovato da tempo accoglienza. Le differenti conclusioni rispetto alla giurisprudenza di legittimità italiana erano, però, determinate esclusivamente da un diverso approccio alla questione. Anche in queste sedi, di fatto, non trovavano risarcimento i danni consistenti nella perdita di un processo, o i vantaggi che sarebbero derivati dalla vittoria di un concorso. L'aleatorietà rispetto alla verifica di questi eventi precludeva infatti che la loro mancata realizzazione potesse essere qualificata come danno, perché, per l'appunto, difettava del requisito della certezza. Ciò che era invece considerato certo, e quindi almeno astrattamente risarcibile, era il fatto che le possibilità che questi eventi si verificassero fossero definitivamente scomparse.

A tal proposito, risulta esplicativo il caso *Hall v. Meyrick*, deciso dalla Supreme Court of Judicature inglese<sup>24</sup>. Nella fattispecie in giudizio, un sollecitor aveva dimenticato di avvertire la propria cliente, che un suo eventuale matrimonio avrebbe fatto venir meno la validità del testamento di cui era destinataria e che era stato redatto proprio dall'uomo che aveva intenzione di sposare. Una volta divenuta vedova, aveva richiesto il risarcimento dei danni poiché, a causa del mancato avviso, aveva trascurato di ottenere, dopo il matrimonio, un nuovo testamento in suo favore, perdendo così la chance di beneficiare di quanto le era stato originariamente attribuito dal *de cuius*. In questa particolare fattispecie, esistevano almeno quattro eventualità che avrebbero precluso la realizzazione del risultato sperato: la cliente avrebbe potuto non tener conto effettivamente dell'avvertimento a cui il sollecitor era tenuto, suo marito avrebbe potuto non redigere un nuovo testamento, il contenuto avrebbe potuto non essere identico a quello originariamente predisposto e il testamento avrebbe potuto essere revocato.

Il risarcimento del danno le venne in ogni caso riconosciuto, ma non con riferimento al mancato utile, bensì a causa della perdita della possibilità di conseguirlo. Il che è testimoniato proprio dal suo l'ammontare, che non coincideva con l'intera differenza fra successione testamentaria ed intestataria, poiché *"più sono le eventualità, minore è il valore dalla chance di cui si è stati privati"*<sup>25</sup>.

## **2. Il riconoscimento della risarcibilità della perdita di chance: la sentenza n.6056 del 1985**

La tesi proposta da Bocchiola riscosse non solo ampi consensi nei lavori e negli studi della dottrina, tanto che, in breve tempo, si moltiplicarono i contributi favorevoli alla

---

<sup>24</sup> Hall v Meyrick [1957] 2 Q.B. 455.

<sup>25</sup> "The more eventualities, the lower the value from the chance of which you have been deprived" Supreme Court of Judicature, 1957.

risarcibilità della chance, intesa come entità patrimoniale economicamente e giuridicamente suscettibile di autonoma valutazione<sup>26</sup>.

Le soluzioni da lui prospettate vennero inoltre fatte proprie dalla Corte di Cassazione che, a partire da due sentenze emanate agli inizi degli anni '80, riconobbe la risarcibilità della perdita di chance, seppure, in questa prima fase, esclusivamente in ambito lavorativo.

Il primo riconoscimento della figura della chance si ebbe nella pronuncia n. 6906 del 1983 con cui la Corte di Cassazione<sup>27</sup> accolse le pretese risarcitorie di un gruppo di aspiranti autisti a cui un'azienda di servizi di trasporto aveva ingiustamente impedito la partecipazione alle prove selettive funzionali all'assunzione.

Si trattò della prima occasione in cui la Suprema Corte riconobbe sia l'esistenza di chances di profitto all'interno del patrimonio di ciascun attore sia, per conseguenza, la necessità di prevedere astrattamente una riparazione per la loro perdita, quale applicazione della generale esigenza dell'ordinamento di porre rimedio ai danni arrecati.

In questo senso l'art. 1223 c.c. non veniva più riferito esclusivamente alle entità pecuniarie, ma la sua portata applicativa risultava estesa a qualsiasi utilità economicamente valutabile, con la precisazione che *"costituisce entità patrimoniale anche una situazione cui è collegato un reddito probabile, il cui valore economico è offerto dall'entità di questo reddito e dal grado di probabilità che il reddito sia effettivamente prodotto"*.

Tale orientamento venne poi confermato nella sentenza n. 6506 del 1985<sup>28</sup>, con cui, coerentemente, venne riconosciuta come risarcibile la perdita di chance cagionata dalla preclusione della possibilità di accedere alla prova finale di un concorso.

Nel caso di specie, l'attore aveva partecipato ad entrambi i concorsi indetti dall'ente convenuto, l'Enel, vincendo il primo e risultando idoneo a sostenere la prova orale del secondo, dalla quale, tuttavia, dopo l'assunzione in servizio, venne escluso in quanto già dipendente dell'ente.

Dimessosi dall'incarico per motivi inerenti al tipo di lavoro affidatogli e alla distanza dalla zona di residenza, agiva in giudizio al fine di ottenere l'autorizzazione allo svolgimento della prova finale del secondo concorso, ovvero, in subordine, il risarcimento del danno.

Entrambe le domande venivano, però, rigettate sia in primo che in secondo grado.

Nelle motivazioni delle due sentenze veniva rilevato come il danno lamentato dall'attore difettesse del requisito della certezza e concretezza, essendo, invece, meramente eventuale: stante, infatti, l'ingiustizia della preclusione da lui subita, restava

---

<sup>26</sup> Così, fra gli altri, A. Pontecorvo, *La responsabilità per perdita di chance*, in *Giust. civ.*, 1997, II, 447; D. Chindemi, *Danno non patrimoniale da perdita di chance, nesso causale e criteri risarcitori*, in *Resp. civ. prev.*, 2010, 5, 1169; M. Franzoni, *I concetti descrittivi misti, Il danno risarcibile*, in *Trattato della responsabilità civile* diretto da M. Franzoni, Milano, 2010.

<sup>27</sup> Corte di Cassazione 19 novembre 1983 n. 6906.

<sup>28</sup> Corte di Cassazione Sez. Lavoro del 3 dicembre 1985 n. 6056 in *cortecostituzionale.it*.

ferma l'impossibilità di conoscere quale sarebbe stato l'effettivo esito di quella prova orale.

La Suprema Corte, al contrario, affermò che nella vicenda era rintracciabile una lesione del diritto all'integrità del patrimonio, concretatasi non nella mancata realizzazione di un risultato utile, ma nella perdita della chance di poterlo conseguire. Veniva infatti in questa occasione ribadito che, seppur in termini di reddito probabile, la chance costituisce un'entità patrimoniale distinta dal bene finale e di conseguenza già presente all'interno del patrimonio del soggetto al momento del pregiudizio.

In questo senso, la preclusione subita dall'attore aveva comportato il definitivo venir meno di quelle chances di assunzione di cui egli era già titolare per semplice il fatto di essere risultato idoneo a sostenere la prova orale e quindi la condotta escludente posta in essere dall'Enel aveva determinato una lesione attuale al patrimonio del soggetto da ascrivere alla voce di danno emergente e non, invece, a quella di lucro cessante.

Siffatto danno, inoltre, non difettava del requisito della certezza: sebbene fosse oggettivamente impossibile conoscere quale sarebbe stato l'effettivo esito della prova orale, quella condotta aveva infatti definitivamente cagionato la perdita di qualsiasi possibilità di vittoria per il concorrente.

La Corte aveva peraltro specificamente rilevato come *"il fatto che la situazione sia idonea a produrre solo probabilmente e non con assoluta certezza il reddito ad esso rannodato influirebbe non sull'esistenza, ma esclusivamente sulla valutazione del danno risarcibile."*

L'incertezza non riguardava dunque la sussistenza del danno, quanto piuttosto la sua quantificazione, diventando quella della liquidazione la sede idonea a dar rilievo all'impossibilità di conoscere gli effettivi sviluppi della prova di esame, in assenza della condotta illecita.

L'incertezza rispetto all'esito dell'esame orale del candidato ingiustamente escluso impediva infatti il riconoscimento di un risarcimento integrale commisurato alla perdita del risultato auspicato, poiché il quantum del danno doveva essere parametrato alle mere possibilità che si avevano di conseguire l'evento finale.

Nel caso concreto, dunque, il risarcimento doveva corrispondere alla somma delle retribuzioni che sarebbero spettate laddove l'esame fosse stato superato; con l'applicazione di un coefficiente di riduzione che tenesse conto del grado di possibilità di conseguirle, *"ovvero, ove questo od altro criterio risultassero di difficile o di incerta applicazione, ricorrendo alla liquidazione equitativa ex art. 1226 c.c."*.

Venne poi specificato come l'effettiva titolarità di una chance di conseguire il risultato utile andasse provata ad opera del soggetto che vuole far valere la lesione subita con la sua perdita, in forza di quel principio per cui chi lamenta un danno deve dimostrare gli elementi costitutivi della relativa domanda. In capo al danneggiato gravava dunque l'onere di provare l'esistenza della chance, che per sussistere avrebbe dovuto avere un ammontare superiore al 50%. La consistenza della chance, di conseguenza, incideva non solo sul *quantum* del risarcimento ma anche *sull'an*, nella misura in cui in presenza di possibilità inferiori al 50% di conseguire un risultato finale non si sarebbe trattato di chances ma di mere aspettative di fatto.

E dunque, *“in presenza di una percentuale di possibilità sfavorevole maggiore di quella favorevole, non vi è ragione alcuna che possa giustificare la prevalenza della seconda sulla prima, e, quindi, la sussistenza del danno.”*

Nella fattispecie concreta, era emerso come solo 24 concorrenti dei 91 ammessi alla prova orale non furono in grado di superarla e che quindi le possibilità di successo nella stessa avessero un ammontare ben superiore al 50%.

La Corte perciò concluse che, alla luce di questa statistica, era riconoscibile la preesistenza nel patrimonio dell'attore di una concreta chance di buon esito della prova e che ciò poteva consentire di ritenere sussistente il danno, senza che egli dovesse dimostrare, come diversamente era stato statuito in Corte d'Appello, che avrebbe effettivamente superato l'esame.

## **2.1 Segue: la critica della dottrina**

La chance, quindi, ha fatto il suo ingresso nel nostro panorama giurisprudenziale come chance meramente lavorativa per il tramite di controversie inerenti alla perdita del lavoratore della possibilità di ottenere un'assunzione ovvero un avanzamento di carriera.

In entrambi i casi decisi, l'aleatorietà circa l'esito positivo di prove concorsuali mai svolte precludeva la configurabilità in favore di parte attrice di un danno da mancata assunzione: il risarcimento di questa tipologia di pregiudizio avrebbe, infatti, presupposto la prova, ritenuta "diabolica" perché impossibile a darsi, del superamento della selezione da parte dell'aspirante pretermesso. Nondimeno, l'incertezza in ordine al conseguimento dell'utilità sperata non ha impedito ai giudici di attribuire rilievo in sede di risarcimento alla perdita della mera possibilità di essere assunti.

A partire da queste due sentenze si è pertanto realizzato quel *“capovolgimento concettuale”* di cui parlava Bocchiola<sup>29</sup>, consistente nell'intendere il danno da perdita di chance non nell'ottica del risultato utile futuro, ma in quella del danno attuale.

Attraverso tale prospettiva la Corte è, infatti, stata in grado di superare le problematiche che fino a quel momento avevano precluso la risarcibilità di questa categoria di danno, soprattutto in ordine al requisito della certezza e della concretezza. Ma la soluzione di associare la perdita di chance alla privazione di un vero e proprio bene giuridico è stata fatta oggetto anche di critica particolarmente serrata.

Sul punto, merita menzione l'opera del giudice Marco Rossetti che in diversi interventi,<sup>30</sup> ha più volte contestato la qualifica della perdita di chance come danno emergente.

---

<sup>29</sup> M. Bocchiola, *Perdita di una "chance" e certezza del danno*, op.cit.

<sup>30</sup> M. Rossetti, *Il danno da perdita di chance*, in *Riv. giur. circol. trasp.*, 2000, 662; ID., *Allargati ancora i confini della responsabilità del medico*, in *Dir. giust.*, 2004, 14, 35; da ultimo in *“Il danno alla salute: biologico, patrimoniale, morale, perdita di chance, danno da morte, la CTU medico legale, profili processuali, tabelle per la liquidazione”*, Padova: CEDAM, 2017.

L'Autore ritiene, infatti, che la perdita di chance non altro sarebbe che una normale ipotesi di lucro cessante, consistente nel venir meno non dell'utilità finale, ma di un fattore causale necessario al conseguimento dell'utilità stessa.

In questo senso, la chance si configura come un mero "*escamotage*" pensato per ovviare a problematiche correlate al nesso causale, tale per cui si renderebbe possibile riconoscere la sussistenza di una correlazione causale fra condotta ed evento anche nel caso in cui questa risulti solo probabile e non anche certa.

Si potrebbe pertanto qualificare la chance come una sorta di *lucro cessante attenuato*, data l'impossibilità del legame causale tra la condotta del danneggiante e il mancato guadagno a rispettare i livelli probabilistici richiesti per integrare un normale danno da lucro cessante.<sup>31</sup>

A conferma della corrispondenza fra la chance e il mancato guadagno vi sarebbe una sentenza della stessa Corte di Cassazione, la numero 9598 del 1998, in cui non trovò accoglimento la pretesa risarcitoria di un giovane che, dopo un incidente stradale, aveva perso le possibilità di fare carriera come ballerino.<sup>32</sup>

I tre presupposti che in motivazione erano stati individuati per il riconoscimento della perdita di chance e che, nello specifico, non erano stati sufficientemente provati (presenza di un nesso, ragionevole probabilità di verificazione dell'evento e deducibilità di questa probabilità da elementi obiettivi e certi) erano i medesimi alla cui sussistenza è condizionato il risarcimento del danno futuro da lucro cessante.

La prospettiva che associa la privazione di una chance alla perdita di un vero e proprio bene giuridico è, perciò, secondo Rossetti non solo fondata su errati presupposti ma anche contraddittoria.

Anzitutto, viene respinta con fermezza la qualificazione della chance come entità patrimoniale distinta dal risultato finale anelato, non essendo un bene suscettibile di una autonoma valutazione economica ed essendo soprattutto priva di una propria utilità.

In secondo luogo, laddove venisse riconosciuta come bene giuridicamente rilevante, questo dovrebbe logicamente comportare che la sua lesione assuma valenza per l'ordinamento indipendentemente dall'indagine rispetto alla sua misura o alla sua consistenza.

Tale conclusione è però in netto contrasto con quanto aveva fin da subito e nel corso del tempo ha continuato ad affermare la Cassazione in materia.

Infatti, nelle pronunce<sup>33</sup> successive a quella del 1985 assistiamo, secondo l'Autore, esclusivamente ad un apparente abbandono di quella soglia del 50% che condizionava la risarcibilità della chance. La Suprema Corte ha infatti continuato a subordinare l'accoglimento della domanda di risarcimento al requisito della consistenza che, di

---

<sup>31</sup> M. Rossetti, *Il danno da perdita di chance*, in *Riv. giur. circ.*, 2000, 663.

<sup>32</sup> La Corte rigetta la richiesta di risarcimento dal momento che non aveva ritenuto il danno sussistente, dal momento che le chance per il danneggiato di fare effettivamente carriera nel mondo della danza non erano sufficientemente elevate.

<sup>33</sup> Fra cui Cass. Sez. lav. 18/01/2006 n.852; Cass. Sez. III, 28/01/2005, n.1752; Cass. Sez. III, 17/12/2003 n.18945.



volta in volta, denomina come "*ragionevole fondatezza*", "*morale verosimiglianza*" ovvero "*l'elevata probabilità statistica*" di realizzazione dell'evento.

Sebbene attraverso formule diverse, era quindi rimasta invariata la tendenza della Corte ad assumere la maggiore o minore idoneità della chance a tradursi nel risultato come discrimine fra chances meritevoli di tutela e chances irrisarcibili.

Ed è proprio in questa tendenza che si rintraccerebbe la contraddittorietà stessa dell'istituto. Se la chance fosse effettivamente un bene giuridico autonomo, allora il suo venir meno dovrebbe comportare sempre un danno risarcibile, a prescindere dalla sua consistenza in concreto.

Sullo stesso profilo si staglia anche la critica avanzata da Roberto Pucella<sup>34</sup>.

Innanzitutto, anche secondo la concezione di quest'ultimo Autore la chance dovrebbe essere inquadrata come un'espedito giurisprudenziale pensato per aggirare le stringenti maglie applicative dell'*all or nothing*. Al pari della regola del *res ipsa loquitur*, dell'inversione dell'onere della prova o della teoria dell'aumento del rischio, la categoria della perdita di chance sarebbe, quindi, uno strumento ideato per fronteggiare l'assenza di un nesso eziologico certo tra la lesione e la condotta colpevole altrui.

Per cui vi si dovrebbe fare richiamo in tutti quei casi in cui appaiono evidenti la negligenza del soggetto agente e l'evento dannoso, ma non è altrettanto certa la relazione causa effetto tra la condotta e pregiudizio sofferto. La tutela delle chances perdute consentirebbe, allora, di ignorare l'indagine sul nesso causale tra condotta e perdita del risultato sperato, spostando il focus sulla più facilmente accertabile relazione eziologica fra la medesima condotta e la perdita di chances.

Individuata l'effettiva natura della chance quale mero espedito causale, Pucella constata poi come il ricorso a questo istituto abbia indotto nel tempo a delle *illusioni cognitive*, tanto della dottrina quanto della giurisprudenza.

L'errore è, infatti, quello di considerare la chance sia come oggetto della lesione sia come criterio di valutazione del nesso causale. È questo il chiaro orientamento della giurisprudenza, che, in ossequio alle regole causali, riconosce il risarcimento del danno solo in presenza di un'elevata probabilità statistica di verifica dell'evento. Tuttavia, coerenza vorrebbe che, accolta la teoria del danno da occasioni mancate, questa trovi applicazione anche in presenza di soglie percentuali poco significative.

Il considerare la chance come un bene giuridico autonomo rispetto all'evento finale a cui afferisce dovrebbe quindi avere come logica conseguenza quella di rendere, astrattamente, la sua lesione sempre risarcibile.

Se, infatti, si decide di concepire la chance come entità patrimoniale, allora, il suo venir meno, dovrebbe sempre integrare un danno risarcibile, al di là del suo concreto ammontare. Condizione per il risarcimento del danno da perdita di chance, dunque, sarebbe esclusivamente l'esistenza stessa della chance; mentre il dato percentuale con cui essa si esprime dovrebbe avere rilevanza esclusivamente con riferimento al *quantum*.

---

<sup>34</sup> R. Pucella, *La causalità "incerta"*, Torino, Giappichelli, 2007, p.57 e ss.

Per cui, quell'indebita commistione fra *l'an* e *quantum* che era stata oggetto di critiche da parte del Rossetti, viene ravvista anche da Pucella.

Tuttavia, quest'ultimo Autore, avendo rintracciato l'intima natura di questo istituto, ne riconosce l'utilità se collocata sul giusto piano applicativo: quello della causalità. In altri termini, a fronte di chance di rilevante consistenza, si potrebbe affermare che, in assenza dell'illecito, quella elevata probabilità si sarebbe tramutata nell'avveramento del risultato sperato; per cui la sua mancata verifica dovrebbe necessariamente ascriversi alla condotta altrui, che diverrebbe, quindi, *condicio sine qua non* della perdita di chances.

## **2.2 Segue: La posizione di Pietro Trimarchi e di Mario Barcellona**

Del tutto peculiare è poi la prospettiva di Pietro Trimarchi, il quale ravvisa nella chance una tecnica di quantificazione del danno meramente riproduttiva di schemi e meccanismi operativi già noti al mercato e all'ordinamento.

In linea con il generale orientamento giurisprudenziale, egli dunque ammette la risarcibilità da perdita di chance sia in ambito contrattuale<sup>35</sup> che in caso di responsabilità aquiliana<sup>36</sup>.

La chance, infatti, secondo le parole dell'Autore, sarebbe "*configurabile ogni volta che l'illecito (o l'inadempimento) abbia cagionato una nuova situazione, che faccia apparire meno probabile il conseguimento utilità future.*"<sup>37</sup>

In questo senso non dovrebbe trovare condivisione l'avversione di parte della dottrina rispetto all'istituto. E ciò per due ragioni fondamentali.

In primo luogo, perché Trimarchi ritiene che già esistano, all'interno del nostro ordinamento, ipotesi di perdita di chance, la cui risarcibilità è codificata dallo stesso legislatore: prodotti finanziari quali le azioni non altro sarebbero infatti che delle chance di profitto, la cui sottrazione è risarcita con una somma corrispondente alla loro quotazione nel mercato.

In secondo luogo, l'accento viene posto su come il riconoscimento della risarcibilità della chance è di per sé coerente con le funzioni economiche del contratto e con le finalità della responsabilità per danni. L'obiettivo sarebbe sempre quello di creare di una certa pressione in termini di incentivo all'adempimento e di realizzare una giusta ripartizione dei rischi.

In tale contesto, la valenza specifica della chance è quella di fungere da temperamento alla rigorosa applicazione della regola secondo la quale l'inadempimento o la condotta illecita devono essere necessariamente *condicio sine qua non* del danno.

Si prenda ad esempio l'ipotesi di un infausto incendio sviluppatosi all'interno di uno stabile, in cui i dispositivi di allarme si erano rivelati difettosi: in questo caso, non vi

---

<sup>35</sup> P. Trimarchi. *"Il contratto: inadempimento e rimedi."* Milano: Giuffrè, 2010.

<sup>36</sup> P. Trimarchi. *La responsabilità civile: atti illeciti, rischio, danno.* 2. ed. Milano: Giuffrè Francis Lefebvre, 2019.

<sup>37</sup> Così definita sia in *"La responsabilità civile: atti illeciti, rischio, danno"*, sia in *"Il contratto: inadempimento e rimedi"*.

potrà essere la certezza che in caso di funzionamento degli allarmi, l'incendio sarebbe stato tempestivamente domato, ma vi è comunque la concreta possibilità che si sarebbero potuti evitare alcuni, se non tutti, i danni.

Dinanzi all'incapacità di affermare con certezza l'esistenza di un nesso eziologico certo tra inadempimento e il danno, la chance rappresenterebbe dunque uno strumento utile per evitare di trovarsi sempre di fronte alla limitata alternativa di negare o concedere per intero il risarcimento. Il suo impiego consentirebbe, infatti, di riparare il pregiudizio sofferto in misura proporzionale alle probabilità perdute.

Le chances in questo senso si qualificherebbero come misura del danno e non come danno stesso. Per questo motivo, appare all'Autore, assolutamente "*scorretto ed inutile*" il cercare di qualificarle come lucro cessante o come danno emergente, dal momento che costituirebbero invece un parametro di quantificazione dell'uno o dell'altro.

Così, se a venire in rilievo fosse l'impedimento di presentarsi ad un concorso con conseguente perdita di un'apprezzabile probabilità di vincerlo, allora ci si muoverebbe nell'ambito del lucro cessante; diversamente, nel caso di distruzione di un'opera d'arte che avrebbe potuto vincere un concorso, si tratterebbe di danno emergente.

Di conseguenza, non porrebbe alcun problema il riconoscimento di una preclusione alla risarcibilità della chance in tutte quelle ipotesi in cui il grado di probabilità di realizzazione dell'evento non sia elevato. La chance, infatti, non è un bene oggetto di autonoma tutela<sup>38</sup>, ma è un *giudizio* che si incardina rispetto alla lesione di un interesse giuridicamente rilevante. Il risarcimento troverebbe quindi, giustificazione solo nella misura in cui le chances fossero state tali da giocare un ruolo importante nelle aspettative di chi ne lamenta la perdita.

A conclusioni diametralmente opposte approda, invece, Mario Barcellona, la cui analisi ha avuto lo scopo di individuare i possibili campi di esistenza della perdita di chance come figura *iuris* autonoma<sup>39</sup>.

Il suo assunto di partenza è che non si dovrebbe dubitare dell'autonomia della chance rispetto al risultato finale, dal momento che questa troverebbe conferma nel riconoscimento e nella tutela da parte dell'ordinamento di beni il cui valore consiste proprio "*nella possibilità di appropriarsi di valore*".

Il riferimento è a quei beni come la ditta o i segni distintivi, che, pur essendo in sé per sé privi di valore, lo acquisiscono in ragione delle possibilità di guadagno che garantiscono.

---

<sup>38</sup> In questo senso, viene criticata la sen. della Cass. Sez. III 7195/2014, che, esprimendosi sul nesso di causalità in ambito medico, configura la perdita di chance quale "danno evento". Non avrebbe infatti senso porsi il problema di causalità rispetto alla chance, dal momento che la causalità è un rapporto fra eventi del mondo fenomenico mentre la chance è un giudizio sugli eventi.

<sup>39</sup> M. Barcellona, *Trattato della responsabilità civile*, Torino 2011, 400 e ss. e ID., *Chance e causalità: preclusione di una virtualità positiva e privazione di un risultato utile*, pubblicato in *Europa e dir. priv.*, 2011, 04, 945.

Tuttavia, in tema di responsabilità, la chance godrebbe di una propria autonomia solo in presenza di due presupposti. Il primo è che dalla sua privazione dipenda *l'an* del risarcimento. Il secondo è che la sua perdita presupponga un'incertezza ontologica.

Per l'Autore, quindi, l'utilizzo della chance andrebbe perimetrato ai soli casi in cui si configuri un'autonoma situazione soggettiva (rilevante ex articolo 2043 cod. civ.) che abbia ad oggetto non già la spettanza di un risultato vantaggioso bensì della mera eventualità di poterlo conseguire.

In questo senso, la condizione potrebbe risultare integrata esclusivamente in alcune classi di ipotesi. Anzitutto, nelle procedure concorsuali di diritto privato (ad esempio, concorsi per l'assunzione di nuovo personale o per l'attribuzione della qualifica superiore), purché la condotta causativa della perdita di chance provenga da chi non era contrattualmente tenuto all'osservanza del procedimento. Ovvero, quando si verta in materia di impedita partecipazione o in caso di scorretto espletamento di procedimenti (tipicamente normati) di carattere giudiziario o amministrativo.

In tali fattispecie, il soggetto trovandosi in una condizione di assoggettamento alla normativa che regola il procedimento, sarebbe titolare di un "bene alla vita", che gli permetterebbe di accedere alla tutela aquiliana.

Solo in queste circostanze, sarebbe integrato il primo presupposto di cui sopra, dal momento che esisterebbe un quid giuridico distinto dal risultato auspicato, dotato in sé per sé di valore, per la cui lesione sarebbe possibile ricorrere in giudizio.

Le ipotesi applicative della perdita di chance sarebbero, però, ulteriormente contingentate dalla presenza di quel secondo presupposto, dall'Autore definito come necessità di un'"*irrisolvibile incertezza empirica*".

Infatti, l'istituto in parola dovrebbe essere richiamato solo nella misura in cui la decisione rispetto ad una procedura concorsuale o ad un procedimento amministrativo, sia affidata a parametri discrezionali, a criteri di puro merito, ovvero a prove di esame irripetibili.

Dinnanzi a procedure basate su criteri applicativi rigidi o di discrezionalità tecnica, sarebbe, piuttosto, necessario individuare quello che avrebbe dovuto essere l'effettivo esito, compiendo semplicemente un giudizio prognostico sulla base della normativa di riferimento.

A titolo esemplificativo, si fa richiamo alla controversia decisa dal Tribunale Milano 3 ottobre 2009 con la sentenza n. 11786<sup>40</sup>. Secondo l'Autore, nel valutare quello che avrebbe potuto essere il possibile giudizio della Corte di appello, il Tribunale avrebbe

---

<sup>40</sup> L'attrice, avvalendosi di un giudicato penale in cui era stata accertata la corruzione di uno dei membri del collegio chiamato a decidere dell'impugnazione di un lodo arbitrale chiedeva di essere risarcita del danno a suo dire subito per essere stata indotta all'annullamento del lodo e a concludere una transizione in condizioni deteriori rispetto a quelle alle quali, diversamente, sarebbe stata conclusa. La domanda risarcitoria era fatta dipendere in via principale dalla lesione che la decisione dalla corruzione aveva arrecato al suo diritto ad un esito favorevole del giudizio di impugnazione del lodo e in via subordinata dalla lesione delle chances che un giudizio imparziale le avrebbe garantito. Il Tribunale di primo grado aveva accolto la domanda subordinata.

dovuto tener conto dell'esistenza di un consolidato orientamento giurisprudenziale rispetto alla questione, che rendeva l'esito del processo pressoché certo e che quindi impediva di qualificare la fattispecie come perdita di chance.

Viene, in ultimo quindi, fortemente contestata dall'Autore sia la teoria che vedrebbe nella perdita di chance una peculiare tecnica di quantificazione del danno, sia la generale tendenza della giurisprudenza ad avvalersi di questa categoria "*in modo largamente indiscriminato o - forse più esattamente - in modo essenzialmente empirico*". Entrambe queste posizioni, infatti, andrebbero a sminuire l'utilità e l'essenza della perdita di chance, che sarebbe impiegata in relazione a problematiche già conosciute dall'ordinamento e di conseguenza già astrattamente risolvibili, sebbene con diversa nomenclatura (lucro cessante, danno reddituale e conseguenze ulteriori)).

In particolare, in giurisprudenza, la chance sarebbe richiamata sia con riferimento al danno c.d. indeterminabile (quando si è certi che in assenza dell'illecito l'evento si sarebbe verificato, ma non è chiaro l'ammontare del vantaggio che ne sarebbe conseguito), sia al danno c.d. ipotetico (quando non si ha modo di accertare con sicurezza che, in mancanza del fatto illecito, vi sarebbe stata la realizzazione dell'evento). Ma il suo impiego sarebbe corretto esclusivamente nella seconda ipotesi, dovendo invece trovare applicazione, nell'ambito dei danni indeterminabili, la regola equitativa di cui all'art.1226.

### **3. L'approdo della perdita di chance nella responsabilità medica (sent.4400/2004) e le ragioni di diritto**

L'assunto di fondo che accomuna tutte le riflessioni fino ad ora brevemente analizzate, è che la perdita di chance rappresenti una "scappatoia" giuridica volta ad aggirare e temperare l'applicazione del rigido principio per cui *all or nothing*. Attraverso il richiamo a questo istituto, per il giudice si aprirebbe, infatti, una (per così dire) terza via, rispetto a quelle canonicamente percorse, per permettere il riconoscimento di un ristoro parziale in luogo dell'integrale accoglimento o rigetto della domanda.

In questo senso, non vi è dubbio che il ricorso al danno da perdita di chance risponda all'obiettivo della politica del diritto, nonché alle ragioni di giustizia sostanziale, che imporrebbero di evitare il totale diniego del risarcimento a fronte di comportamenti illeciti di controparte. Tale aspetto potrebbe anche giustificare il perché i primi riconoscimenti<sup>41</sup> di questo istituto si siano registrati nell'ambito del diritto del lavoro, in cui da sempre è avvertita con maggiore urgenza la necessità di offrire ampia tutela al prestatore di lavoro, in quanto parte contrattuale debole.

Inevitabile era quindi l'approdo anche nel settore medico-sanitario di questa tipologia di danno, idoneo strumento per tutti quei casi in cui, pur essendo in presenza di una comprovata negligenza del sanitario, non vi sia modo di provare la sussistenza di una correlazione certa fra la condotta medica ed il pregiudizio sofferto.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Cass. 1983 n.6909 in *Foro.it* 1984 e Cass. 1985 n.6506 in *Riv. dir. com.* 1986

<sup>42</sup> G. Norelli, M. Focardi, V. Bartolini, V. Pinchi, "*La perdita di chance: una importante «chance» per la medicina legale*", in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 2, 2015, p. 389.

L'ambito della responsabilità medica è, infatti, uno dei campi in cui le problematiche connesse all'accertamento del nesso causale si manifestano in tutta la loro complessità. Si tratta di un settore in cui difficilmente si è chiamati al confronto con ipotesi di causalità unica, in cui, quindi, la condotta è da sola sufficiente e necessaria a produrre l'evento. Nella maggior parte delle fattispecie, l'evento risulta il frutto di una concatenazione di elementi potenzialmente causali: ciascun antecedente, se isolatamente considerato non è sufficiente a produrre un determinato effetto, ma diviene idoneo da un punto di vista causativo nel momento in cui è posto in correlazione con altri fattori. In primis, per il semplice fatto che l'agire del medico si indirizza quasi sempre nei confronti di un soggetto che presenta già delle alterazioni del proprio stato di salute.

Così, ad esempio, se durante un intervento di isterectomia il chirurgo recide un uretere, il suo errore sarà sicuramente antecedente sufficiente e necessario per la complicazione dello spandimento di urina in addome. Ma, laddove nei successivi giorni, a causa di una massiva embolia polmonare, il soggetto dovesse decedere, allora il grado di certezza rispetto alla causazione dell'evento diminuiscono, non essendo la lesione iatrogena statisticamente idonea a causare la morte del paziente.

Proprio alla luce delle difficoltà che si riscontrano nella materia medico-legale, l'impiego della perdita di chance sembra soddisfare *"l'intuitivo bisogno di non lasciare un danneggiato incolpevole senza ristoro"*<sup>43</sup>, laddove ci si trovi in presenza di una condotta negligente. La chance è dunque un correttivo: in sua assenza, le condotte illecite che non superano la soglia del «più probabile che non» non sarebbero sanzionate e, in questo caso, il danno graverebbe interamente sulla vittima; mentre nell'ipotesi in cui le probabilità statistiche indicassero una percentuale almeno del 51%, il danno sarebbe addossato del tutto al danneggiante, anche se alla causazione dello stesso può aver contribuito non esclusivamente<sup>44</sup>.

Il suo richiamo permette, quindi, di riconoscere il risarcimento di quel pregiudizio che si sostanzia nella sottrazione, ad opera di un errore sanitario, delle probabilità di avere un risultato meno sfavorevole rispetto a quello verificatosi, laddove queste fossero numericamente contenute e comunque non tali da poter assurgere all'epilogo *più probabile che non*.

Infatti, risulta intuitivamente più agevole offrire la dimostrazione del nesso di causalità quando la relazione causale che necessita di essere provata è quella della condotta colpevole con la perdita della chance e non con l'evento di danno vero e proprio.

Il debutto del danno da perdita di chance nel settore della responsabilità medica è avvenuto tuttavia in tempi recenti.

---

<sup>43</sup> Così R. Pucella in *Causalità incerta*, op.cit.

<sup>44</sup> D. Chindemi in *Il danno da perdita di chance*, 2010, Milano, 160, osserva che il risarcimento del danno da perdita di chance nella responsabilità medica persegue anche la finalità d'evitare di porre a carico del debitore l'intero danno in presenza di una percentuale di probabilità di non avveramento del pregiudizio.

Infatti, mentre nell'ordinamento francese (da cui l'istituto è stato mutuato) da lungo tempo vi è un ricorso a questo istituto<sup>45</sup>, la giurisprudenza italiana aveva inizialmente ritenuto che in ambito civilistico le problematiche sottese all'accertamento del nesso causale potessero essere ovviate sostituendo il requisito della certezza con quello della verosimiglianza. Attraverso il criterio del *più probabile che non*, il fatto si considerava causato da un altro solo quando la probabilità a favore dell'esistenza della relazione causale fosse maggiore delle probabilità contrarie.

A dischiudere le porte della perdita di chance nella responsabilità medica è stata la sentenza 4400 del 2004 della Terza Sezione Civile della Cassazione.

In questa pronuncia si discute di un paziente che, alle ore 8 del mattino, veniva portato all'ospedale di Rho per una intensa sintomatologia dolorosa all'addome, che veniva dai sanitari diagnosticata come globo vescicale. Condotta nel reparto di urologia, alle ore 10 il soggetto presentava i primi segni di shock e alle ore 10.30, due ore e mezza dopo il suo arrivo in ospedale, decedeva.

Dall'autopsia emerge che la causa della morte era stata la rottura di un aneurisma dell'aorta.

I CTU avevano rilevato che, senza dubbio si fosse verificato un errore diagnostico e che nello specifico i medici del pronto soccorso avrebbero dovuto compiere indagini più specifiche e per immagini, con cui rilevare la dissecazione aortica. Ciò nonostante, conclusero che, anche in caso di corretta diagnosi, le probabilità di effettuare con successo un intervento salvifico sarebbero state davvero minime. Infatti, tenuto conto del breve lasso di tempo intercorso dall'arrivo in ospedale all'ora del decesso, della mancanza delle attrezzature idonee in struttura per praticare l'intervento che si sarebbe reso necessario e della complessità dell'intervento stesso, le possibilità di guarigione del paziente non apparivano elevate.

Proprio per questo motivo, il Tribunale di Milano, adito in primo grado, respingeva con sentenza 12 dicembre 1996 la domanda di risarcimento, pur essendo stata accertata la negligenza del personale sanitario, poiché non riteneva sufficientemente provata la sussistenza del nesso di causalità fra l'errore medico e l'evento morte. Non dissimile era stato il ragionamento che aveva portato anche la Corte di Appello di Milano a rigettare l'impugnazione della sentenza. Il Collegio stabiliva che la permanenza dell'incertezza rispetto all'esito dell'eventuale intervento chirurgico da svolgersi in altra struttura sanitaria attrezzata, già di per sé aleatorio, precludeva inevitabilmente l'accoglimento della pretesa risarcitoria.

Giunta la causa al terzo grado, la Suprema Corte accoglie però il ricorso, ritenendo fondati entrambi i motivi, ossia l'insufficiente e contraddittoria motivazione della sentenza impugnata ai sensi dell'art. 360 c.p.c. e la violazione e falsa applicazione degli artt. 1218 e 2697 c.c., oltre che degli artt. 1362 ss. c.c.

---

<sup>45</sup> Il riconoscimento del danno da *perte d'une chance de guérison* compare per la prima volta in una sentenza della Corte d'Appello di Grenoble nel 1962. Troverà pieno riconoscimento anche da parte della Corte di Cassazione a partire dal 1965, con la sent. Cass., 14 dicembre 1965, in *Sem. jur.*, 1966, II, 14753.

Le perplessità riscontrate nei primi due gradi di giudizio in ordine alla prova causale trovano superamento in questa sede grazie alla qualifica della chance come *"un'entità patrimoniale a sé stante, giuridicamente ed economicamente suscettibile di autonoma valutazione"* la cui perdita *"configura un danno concreto ed attuale"*. In questi termini, il rapporto causale di cui necessita l'accertamento sarebbe quello intercorrente fra l'inadempimento ed il venir meno della mera possibilità di conseguire un risultato favorevole e non già fra inadempimento e risultato favorevole non conseguito. Nel caso di specie, infatti, non era possibile affermare che in mancanza dell'errore diagnostico l'evento non si sarebbe verificato, ma era invece certo che il paziente avesse perduto per effetto di tale inadempimento le chances di guarigione che statisticamente aveva.

La Corte, adottando nella sentenza tale ipotesi ricostruttiva, ha così ampliato il concetto di danno ingiusto e non di danno conseguenza, considerando antiggiuridica, e quindi fonte di obblighi risarcitori, la condotta che determini la violazione del diritto a non vedere pregiudicate le proprie aspettative di salute e sopravvivenza.

L'estensione del concetto di condotta antiggiuridica crea in questo senso una duplicazione delle situazioni soggettive, con conseguente dilatazione delle poste risarcitorie: accanto al diritto alla tutela della salute un ulteriore diritto a non veder annullate le proprie possibilità di guarigione e di sopravvivenza.<sup>46</sup>

Vi sarebbe quindi una differenza ontologica della domanda di risarcimento del danno da mancato raggiungimento del risultato sperato e domanda di risarcimento per perdita di chance.

I giudici di ultima istanza hanno infatti evidenziato che, mentre nel primo caso la collocazione dell'accertamento probabilistico attiene alla fase di individuazione del nesso causale, nella domanda per perdita di chance attiene al momento della determinazione del danno: *«in buona sostanza nel primo caso le chances sostanziano il nesso causale, nel secondo caso sono l'oggetto della perdita e quindi del danno»*

### **3.1. Segue. L'esperienza francese**

Fin dalla sua prima applicazione in ambito medico, l'istituto della perdita di chance ha trovato, nel nostro ordinamento, naturale collocazione all'interno delle fattispecie di condotta colposa.

Ed è in questo che l'esperienza italiana si distingue profondamente da quella francese. Come già accennato, la chance è una figura giuridica elaborata dalla giurisprudenza francese a partire dal 1889, quando per prima volta la *Cour de Cassation* ritenne risarcibile la lesione subita da un soggetto che, per via della negligenza di un ufficiale giudiziario, aveva perso la possibilità di impugnare una sentenza a lui sfavorevole e di ottenere, quindi, riforma della stessa in appello.

A partire da questa data, si assiste, infatti, all'inaugurazione di una nuova figura di danno, che la *Cour de Cassation* incomincerà a ritenere integrata in tutte quelle

---

<sup>46</sup> Landini S., *Responsabilità del medico per perdita di chances di sopravvivenza*, in *Resp. civ. e prev.*, 2005, 2, p. 465.



situazioni in cui l'illecito o l'inadempimento altrui abbia cagionato al soggetto la perdita di opportunità favorevoli.

Il richiamo a questo istituto, tuttavia, si è intensificato intorno agli anni '60 del secolo scorso, ossia nel momento in cui la sua applicazione venne estesa all'ambito medico-sanitario. L'inaugurazione del danno da *perte d'une chance de guérison* si ebbe a partire dalla sentenza della Corte d'Appello di Grenoble nel 1962, relativa al caso di una persona che, a seguito di una ferita alla mano, si era sottoposta ad una radiografia da cui il medico non aveva individuato nessuna alterazione anatomica. Dopo alcuni anni, a causa di forti dolori persistenti, si era nuovamente sottoposta ad esami, sulla base dei quali un secondo medico aveva individuato una frattura. A seguito del rigetto della domanda risarcitoria in primo grado, i giudici d'appello avevano statuito che, sebbene non fosse possibile ricondurre con certezza la mancata guarigione all'errore, si poteva affermare che il primo medico avesse perlomeno privato il paziente della possibilità di guarire. Il pregiudizio effettivo determinato dal fatto illecito era stato, così, individuato nella perdita di chance.

Negli anni successivi, l'orientamento favorevole al risarcimento del danno da perdita della possibilità di guarire si diffonde anche nella giurisprudenza della Cassation, dove il suo definitivo riconoscimento si coglie in una pronuncia del 1965<sup>47</sup>

Contestualmente, si è reso necessario un affinamento dell'istituto da parte della giurisprudenza di legittimità.

Infatti, divenne subito evidente come l'applicazione della chance ad un settore da sempre particolarmente delicato, quale quello della responsabilità medica, potesse implicare il concreto rischio di estendere eccessivamente l'area del giuridicamente risarcibile.

Nello specifico, il pericolo sotteso al riconoscimento della risarcibilità delle chance favorevoli di un paziente era quello di trasformare implicitamente l'obbligazione del medico da obbligazione di mezzi a obbligazione di risultato.

Infatti, se si dovesse ravvisare una lesione ogni qualvolta il paziente abbia delle chance, per quanto minime, di guarigione, l'obbligo in capo al medico non sarebbe più "semplicemente" quello di eseguire la prestazione con la diligenza tipica del suo incarico, ma diventerebbe quello di conseguire sempre il risultato sperato: la guarigione.

Per questo motivo, nel periodo che segue la sentenza del 1965 si è assistito ad una sempre più attenta declinazione di quelle condizioni in presenza delle quali la perdita di chance risulterebbe astrattamente riparabile.

In primo luogo, è stato sottolineato che la chance debba esistere e che di conseguenza il danneggiato debba provare che la posizione in cui si trovava, e di cui è stato privato per il tramite dell'evento dannoso, fosse tale da potergli permettere idealmente di raggiungere un determinato risultato favorevole<sup>48</sup>. Spetta, quindi, alla vittima

---

<sup>47</sup> Cass., 14 dicembre 1965, in *Sem. jur.*, 1966, II, 14753. Nel caso di specie, il paziente lamentava di aver perduto la possibilità di evitare l'amputazione a causa del malfunzionamento del servizio ospedaliero pubblico.

<sup>48</sup> Ad esempio in Cass. 2<sup>e</sup> civ., 3 déc. 1997.

dimostrare che le sue possibilità di guarigione, sopravvivenza o addirittura sofferenze minori, sarebbero state maggiori se il medico avesse fornito una diagnosi o fosse intervenuto con una cura appropriata.

Tali chances, ovviamente, devono apparire poi serie e reali. Rispetto all'accertamento di questi ultimi requisiti, è peculiare l'approccio delle corti francesi, che si avvalgono del criterio dell'attualità o, addirittura, dell'imminenza della realizzazione della chance, sviluppando la tendenza a riconoscere la sussistenza di una chance reale e seria di realizzazione del risultato, in tutti i quei casi in cui, al momento della verifica della condotta colposa, il danneggiato era *"en train de courir sa chance"*.<sup>49</sup>

Il fondamento di tale orientamento appare chiaro: *«l'attore, allorché non ha ancora tentato la sua chance nel momento in cui interviene l'evento che impedisce definitivamente il suo verificarsi, deve dimostrare, per ottenere il risarcimento [...], che era in grado, a partire da quel momento, di profittare della speranza perduta o sul punto di poterlo fare»*

Una parte della giurisprudenza<sup>50</sup>, per di più, richiede ai fini del riconoscimento del danno, che la chance di cui viene lamentata la perdita sia *«personnelle»* all'attore, andando di conseguenza a negare la riparazione della perdita della *«speranza di vita»* laddove questa sia stata richiesta dagli eredi del de cuius per *iure successionis*.<sup>51</sup>

Infine, è stata apposta come ulteriore condizione ai fini dell'integrazione della fattispecie di danno la necessità che la perdita di chance sia definitiva<sup>52</sup>: è, pertanto, negato il risarcimento ogniqualvolta emerga che la condotta del medico, per quanto inadempiente, non abbia comunque precluso totalmente al paziente la possibilità di guarire.

Nonostante queste premesse, tuttavia, occorre precisare che, fino agli inizi degli anni 2000,<sup>53</sup> l'istituto della perdita di chance in campo medico in Francia aveva trovato la sua principale applicazione non tanto con riferimento alle fattispecie di condotta colposa quanto più in relazione alla lesione del diritto del paziente all'autodeterminazione.

Si tratta di un dato che indubbiamente rappresenta una linea di demarcazione fra l'esperienza francese e quella italiana (in cui l'applicazione della perdita di chance all'ambito dell'autodeterminazione si è operata saltuariamente), ma che altresì testimonia l'intima natura di questo istituto.

---

<sup>49</sup> Tale formula di sintesi è elaborata da G. Viney et P. Jourdain.

<sup>50</sup> G. Viney et P. Jourdain, *Les conditions de la responsabilité*, in *Traité de Droit civil*, sous la direction de G. Ghestin, II éd., 1998., p. 84.

<sup>51</sup> V., ad es., Cass. crim., 30 octobre 1979, in *Sem. jur.*, 1980, IV, p. 15.

<sup>52</sup> Ad esempio in Cass. 2e civ., 24 juin 1999.

<sup>53</sup> Prima sentenza su punto Cass. Ire civ., 17 novembre 1969, JCP 1970, H, 16507, note R. Savatier. In particolare, viene statuito che il medico deve spiegare al paziente i rischi connessi all'intervento e quelli correlati al non intervenire. Se non rispetta questo obbligo di informazione, non consente al paziente di scegliere tra accettare e rifiutare l'intervento, lo priva possibilità di aver rifiutato l'atto dannoso.

Per come già intuito da diversi autori<sup>54</sup>, la perdita di chance rappresenta quell'escamotage giuridico a cui è possibile ricorrere per colmare dei vuoti di tutela che sollevino delle perplessità da un punto di vista di giustizia sostanziale. Non per niente, è stata definita come "*un concept dont la plasticite est commode*"<sup>55</sup> (un concetto dalla plasticità conveniente) data l'ampiezza e la varietà delle fattispecie in cui è possibile rintracciare la perdita di un ipotetico risultato favorevole, e quindi è astrattamente configurabile l'applicazione del concetto della chance per garantire l'accoglimento di quelle pretese non diversamente tutelate.

Infatti, prima dell'emanazione della legge del 4 marzo 2002, in Francia, non esisteva una disciplina specifica che riconoscesse in capo al malato il diritto ad una completa e corretta informazione rispetto alle cure fornitegli. Tale lacuna veniva, quindi, sopperita dalla giurisprudenza che riconosceva un risarcimento, a titolo di danno da perdita di chance, ogniqualvolta fosse stato accertato che, laddove correttamente informato, il paziente avrebbe preso la decisione di non accettare la cura in questione.

Pertanto, si riteneva che, nel momento in cui un soggetto avesse riportato complicazioni rispetto alle quali non era stato preventivamente reso edotto, fosse stato automaticamente privato da parte dell'operatore sanitario della possibilità perduto le chance di evitare quel determinato risultato sfavorevole.

Ovviamente, questa soluzione interpretativa precludeva l'accesso alla tutela risarcitoria in tutti quei casi in cui le cure rivolte al paziente fossero vitali, poiché si presupponeva che il paziente, anche laddove correttamente informato, non avrebbe mai rinunciato a terapie salvavita.<sup>56</sup>

Attualmente, abbandonato nei contenziosi in tema di difetto di informazione medica<sup>57</sup>, il danno da perdita di chance continua, invece, ad avere pacifica applicazione nel campo dell'omissione colposa: ritardo nella diagnosi, negligenza nella prescrizione di indagini complementari, errore di diagnostica, inadempienze nell'organizzazione di un servizio ospedaliero, etc.

Anche se, conformemente alle norme generali per il risarcimento del danno medico, è necessario che il deterioramento finale della salute del paziente non sia attribuibile a una condizione precedente non rivelata prima dell'intervento, ma sia imputabile alla condotta del sanitario.

Affinché il danno possa dar luogo a responsabilità, la situazione deve quindi essere la seguente: che sussista, prima dell'inizio del trattamento, una possibilità per il paziente

---

<sup>54</sup> In questo senso, M. Rossetti, *Il danno da perdita di chance*, in *Riv. giur. circ.*, 2000; Pucella, op.cit.; A. Nervi, *Il danno da perdita di chance: vera gloria o escamotage dialettico?*, in *Resp. civ. prev.*, 2013, 574.

<sup>55</sup> C. Guettier « *Perte de chance de survie ou de guerison* », in *Revue Juridique de l'Ouest*, 2018, pag.312.

<sup>56</sup> A partire dalla legge 4 marzo 2002, attraverso il richiamo espresso agli articoli 16, 16-3 e 1382 del Codice civile, si chiarisce che il difetto d'informazione è un distinto pregiudizio che è quindi sempre risarcibile, a prescindere dalla necessità di dimostrare cosa avrebbe diversamente deciso il paziente.

<sup>57</sup> Residuano solo dei riferimenti isolati come civ. 1re 10 avril 2013 no 12-14813.

di riprendersi (ovvero di mantenere uno stato stabile o vedere migliorare le sue condizioni), che sia accertata una condotta inadempiente da parte del medico e che da questa consegua il definitivo venir meno di detta possibilità.

#### **4. Le peculiarità dell'istituto nel settore medico: la chance di sopravvivenza o di guarigione quale chance oppositiva**

Mentre in Francia, quindi, si assiste da più di mezzo secolo ad una piena adesione, da parte della dottrina e ad un costante ricorso, da parte della giurisprudenza, alla figura della perdita di chance *de survie ou de guerison*, in Italia la decisione che ha segnato il debutto della perdita di chance nel panorama medico ha sollevato diverse perplessità dottrinali<sup>58</sup>, in particolare con riferimento alla scelta di qualificare la chance come danno emergente, in cui il nesso rispetto alla condotta illecita apparirebbe semplicemente aleatorio.

Non è mancato chi<sup>59</sup>, tuttavia, ha salutato con estremo favore la posizione della Corte di Cassazione, rintracciandovi coerenza con un altrettanto dirompente pronuncia di appena due anni prima da parte della Sezioni Unite penali: la n. 30328 del 2002, c.d. sentenza Franzese.<sup>60</sup>

D'altra parte, l'introduzione del giudizio controfattuale come criterio di accertamento della sussistenza del nesso causale fra la condotta negligente (generalmente omissiva) del sanitario e l'evento di danno, avrebbe inevitabilmente creato delle "zone grigie". Si tratta di tutte quelle ipotesi in cui la probabilità statistica che in caso di diversa condotta si sarebbe prodotto un differente evento non risulta sufficientemente elevata da assurgere a quel grado di "elevata probabilità logica" necessario per poter affermare la responsabilità del sanitario, ma neanche così irrilevante da poterla totalmente escludere.

---

<sup>58</sup> M. Rossetti., *Allargati ancora i confini della responsabilità del medico*, in *Dir. e giustizia*, 2004, 14, pp. 35-37 e A. Paces M., *Alla ricerca delle chances perdute: vizi (e virtù) di una costruzione giurisprudenziale*, in *Danno e resp.*, 2000, 6, p. 659-66.

<sup>59</sup> M. Feola., *Il danno da perdita delle chances di sopravvivenza o di guarigione è accolto in Cassazione*, in *Danno e resp.*, 2005, 1, pp. 49-56.

<sup>60</sup> Si tratta della celebre pronuncia con cui La Corte di Cassazione ha rivoluzionato il modo di accertare il nesso causale nei reati di natura omissiva, esprimendosi con particolare riferimento alle ipotesi di responsabilità medica. In quella occasione la Suprema Corte ha affermato che il rapporto di causalità tra condotta ed evento può dirsi sussistente nel concreto, laddove esista una legge di copertura causale che attesti, al di là di ogni ragionevole dubbio, che la condotta è stata causa dell'evento. L'importanza di questa pronuncia è data principalmente dal fatto che è sopraggiunta in un periodo in cui le varie sezioni penali della Cassazione si erano pronunciati in maniera differente in ordine alla soglia di probabilità necessaria per accertare il nesso causale. Infatti, erano da poco state emanate le sentenze Battisti con cui si era stabilito che il medico potesse essere ritenuto responsabile solo in presenza di un 99,9% di probabilità che la sua omissione avesse cagionato l'evento. Prima di queste ultime invece, si riteneva che la responsabilità medica insorgesse superata la soglia del 30% di probabilità di causazione dell'evento.

La responsabilità civilistica apparirebbe, quindi, la sede idonea a fronteggiare queste ipotesi di confine, tenuto anche conto della tendenziale autonomia del giudizio civile rispetto al giudizio penale, tale per cui una pronuncia di assoluzione nel secondo non preclude necessariamente l'accoglimento delle pretese risarcitorie avanzate nel primo. Infine, merita menzione la posizione<sup>61</sup> di chi contesta il paragone effettuato dalla Suprema Corte del caso in questione con quello del dipendente di un'azienda a cui viene impedita la partecipazione ad un concorso, pur avendone diritto.

Indubbiamente, la perdita di chance rappresenta un modello generale di danno ed in quanto tale è idonea ad essere applicata ad un notevole novero di situazioni<sup>62</sup>: in occasione di irregolare espletamento di procedure concorsuali, nel caso di responsabilità professionale dell'avvocato, nell'ambito di illegittima privazione della mera possibilità di partecipare alle procedure di aggiudicazione di appalti pubblici e, ovviamente, nel caso di condotta medica negligente.

Il fattore unificante di tutte queste ipotesi può rintracciarsi, come già si è detto, nel perseguimento di una politica del diritto improntata verso una costante tutela della parte contrattuale più debole. Al di là di questo tratto comune, e puramente descrittivo, è evidente che le questioni giuridiche sottese siano però difficilmente sovrapponibili.

La figura giuridica della chance, calata nell'ambito della responsabilità medica, viste le peculiarità di questo settore<sup>63</sup>, acquisisce infatti caratteristiche proprie che la portano a differenziarsi profondamente dalle chances ad es. in ambito giuslavoristico.

In primis, con riferimento alla natura del danno.

L'ingiusta esclusione di un impiegato alla partecipazione ad un concorso che avrebbe astrattamente potuto vincere, dal momento che comporta il venir meno della chance di ottenere un avanzamento di carriera, corrisponde ad un danno patrimoniale.

Diversa è, invece, la qualificazione dell'errore diagnostico che fa venir meno le chance di guarigione di un soggetto.

La perdita di chance, quando avviene in conseguenza di una lesione fisica ovvero di un altro fatto illecito che incide sulla qualità della vita o di altri valori areddituali, integra un danno non patrimoniale.<sup>64</sup>

---

<sup>61</sup> A. Fiori, F. Cascini e F. Ausania, *La Cassazione civile accentua le differenze tra responsabilità medica penale e prospetta la risarcibilità autonoma della perdita di chance da colpevole inadempimento professionale*, in *Riv. it. med. leg.*, 2004, 3-4, pp. 803-817.

<sup>62</sup> Secondo E. Napoli, in *La perdita di chance nella responsabilità civile*, in *Resp. civ. prev.*, 2018, 53 nel novero di danni da perdita di chance possono rientrare tre classi di fattispecie: la perdita della possibilità di migliorare la propria situazione, con connessa definitiva impossibilità d'ottenere una certa utilità; la perdita della possibilità di migliorare la propria posizione, con mera diminuzione della probabilità d'ottenere una determinata utilità e, infine, la perdita della possibilità di mantenere una determinata situazione, con conseguente aumento del rischio di verifica di un pregiudizio.

<sup>63</sup> R. De Matteis, *La responsabilità in ambito sanitario. Il regime binario: dal modello tecnico ai risvolti applicativi*, Padova, 2017, 121 ss. arriva a definire la responsabilità medica come "un sottoinsieme della responsabilità civile".

<sup>64</sup> D. Chindemi., *Danno non patrimoniale da perdita di chance, nesso causale e criteri risarcitori*, in *Resp. civ. e prev.*, 2010, 5, pp. 1169-1180, in cui sostiene che la chance assume valenza più

Quest'ultima tipologia di danno trova risarcimento, ai sensi dell'art.2059 c.c., esclusivamente nei casi previsti dalla legge e, a partire dalle pronunce 8827 e 8828 del 2003 della Cassazione, anche nel caso di lesione dei valori fondamentali della persona costituzionalmente protetti. Quindi, non tutte le pretese risarcitorie dei danni non patrimoniali relative alla perdita chance hanno modo di trovare tutela, in quanto si richiede che presuppongano o l'integrazione di fattispecie espressamente previste dalla legge (in questo caso la tutela incontra il solo limite del danno bagatellare) o la grave lesione di uno dei diritti inviolabili e costituzionalmente garantiti della persona. Il danno patrimoniale è stato invece definito "atipico", in quanto ogni violazione, se sufficientemente allegata e provata, può essere risarcita; quindi, in quest'ambito, la perdita di chance trova piena e autonoma tutela risarcitoria, indipendentemente dalla sua entità.

L'integrazione di un danno patrimoniale piuttosto che di un danno non patrimoniale sembrerebbe ripercuotersi peraltro anche nella fase di liquidazione dello stesso.

Nel primo caso, i giudici fanno affidamento a caratteri di stima oggettivi, come potrebbe essere, ad esempio, l'aumento di stipendio a cui il soggetto sarebbe andato incontro se fosse riuscito a vincere il concorso, o il valore dell'appalto che l'azienda avrebbe potuto aggiudicarsi.

Nel caso in cui la perdita di chance comporti un danno di natura non patrimoniale, invece, il risarcimento non deve essere proporzionale al risultato perduto, ma alla possibilità stessa di conseguirlo. Quindi, l'apparente assenza di parametri obiettivi di riferimento porta spesso la giurisprudenza (in parte avallata dalla dottrina) ad una valutazione in chiave equitativa.

Sembrerebbe essere questa la conclusione a cui è approdata anche la Corte di legittimità in una recentissima sentenza, la n.28993 del 2019. Tuttavia, tale epilogo presenta dei rilievi critici di cui si dirà in seguito.

Inoltre, nella misura in cui integra un danno non patrimoniale, alla luce della recente giurisprudenza di legittimità, il danno da perdita di chance di sopravvivenza o di guarigione corrisponde meramente ad una sottocategoria descrittiva.

A partire dalle c.d. sentenze di San Martino<sup>65</sup>, si è avuto, infatti, un radicale mutamento del danno non patrimoniale nella sua componente strutturale. Attraverso l'affermazione del principio della bipolarità del danno (patrimoniale e non), il danno non patrimoniale è divenuta una categoria unitaria, al cui interno confluiscono le voci, originariamente autonome, del danno biologico, del danno morale, del danno esistenziale e di eventuali ulteriori pregiudizi carichi di disvalore sociale.

Così, sebbene le Sezioni Unite in quella occasione non abbiano specificamente fatto riferimento al danno da perdita di chance, è stato ritenuto pacifico dagli interpreti che anche questa voce di danno debba essere ricompresa all'interno del ragionamento della Corte.

---

pregnante se non patrimoniale poiché non ha possibilità di ripetersi in futuro e risulta compromesso per sempre il valore, l'interesse o il diritto.

<sup>65</sup> Cass. civ., Sez. Un., 11 novembre 2008, nn. 26972-26975.

Per cui, al pari delle altre voci di danno, anche la perdita di chances di sopravvivenza e di guarigione viene ridotta a rango di pregiudizio meramente descrittivo; pur tuttavia, l'unitarietà del danno non patrimoniale non ha fatto venir meno le singole specificità dei pregiudizi che in esso sono ricompresi, le quali continuano ad esistere seppur esclusivamente a titolo nominalistico e contenutistico.

Queste considerazioni rilevano ai fini della proposizione della domanda risarcitoria. Mentre il danno da perdita di chance di natura patrimoniale dovrà essere richiesto con una specifica domanda, nel caso di danno non patrimoniale, potrebbe essere sufficiente richiedere questa generica voce. Essendo venuta meno infatti l'autonomia delle singole poste di danno non patrimoniale, la specificazione delle stesse non dovrebbe più essere un onere imprescindibile della parte, potendo, infatti, il giudice riconoscere d'ufficio lo stesso danno da chance perduta nel caso in cui rilevi la sussistenza dei relativi presupposti, ma essa assolve a finalità pratiche di individuazione dei pregiudizi di cui è chiesto il risarcimento.<sup>66</sup>

Un secondo aspetto di differenziazione attiene al fattore temporale. Nel diritto del lavoro, al momento della richiesta di risarcimento, l'evento indesiderato è già accaduto, per cui, ad esempio, all'impiegato è già stata preclusa la promozione. Nel settore sanitario, invece, gli scenari possono essere di due tipologie. In un primo caso, come in ambito lavorativo, si ha uno "scenario chiuso" poiché il danno si è già verificato e, quindi, ad esempio, il paziente a cui non è stata somministrata la profilassi anticoagulante ha sviluppato una tromboembolia polmonare.

Quando, invece, si è di fronte ad un danno che non si è ancora realizzato, ma che potrebbe esserlo in futuro, si entra nell'ambito degli "scenari aperti", di cui il classico esempio è il ritardo nella diagnosi (e quindi nell'inizio della terapia) di neoplasie e la conseguente riduzione delle chances di sopravvivenza.<sup>67</sup>

La difficoltà degli "scenari aperti" è data dal fatto che le chances di sopravvivenza si modificano con il trascorrere del tempo.

Si prenda, ad esempio, che al "tempo zero" la probabilità di sopravvivenza a 5 anni di un determinato paziente, cui è stata diagnosticata una neoplasia, sia stimata pari al 60%. Ciò significa, in altri termini, che di 100 individui affetti da quella patologia, solo 60 saranno ancora in vita trascorsi 5 anni.

Ponendo, per semplificare, che la curva di mortalità nel tempo sia lineare, e che quindi, si preveda che di quei 100 pazienti, 8 vengano a morte entro il primo anno, 16 in totale entro il secondo, 24 entro il 3 e così via.

---

<sup>66</sup> Così D. Chindemi, *Il danno non patrimoniale da perdita di chance dopo le sentenze di San Martino*, in *Resp. Civ. e prev.* 2011, p. 457. Ritengono sia comunque necessaria una esplicita richiesta all'interno della generica domanda B. Vacca., *La perdita di chance di guarigione*, in P. Cendon, (direzione di), *Trattato dei nuovi danni*, vol. II, cit., p. 711; A. Fiori. e D. Marchetti *Medicina Legale della responsabilità medica*, Milano, Giuffrè, 2009; F. Greblo., *Responsabilità medica, nesso di causalità ed applicabilità del giudizio di "probabilità logica" alla responsabilità civile*, in *La Resp. civ.*, 2007, 6, pp. 489-503.

<sup>67</sup> Il ragionamento è ripreso da R. Domenici., C. Toni *"Il danno da perdita di chance"* in *Riv. It. Med. Leg.* 2015.

Se dopo tre anni il paziente in questione fosse ancora in remissione, rientrerebbe nei 76 sopravvissuti, 60 dei quali si prevede sarebbero ancora in vita al quinto anno. Dunque, la sua probabilità di sopravvivenza sarebbe a quel tempo aumentata al 79%. Ovviamente, le chances che rilevano ai fini del risarcimento sono comunque quelle stimabili al momento del giudizio, tuttavia in queste ipotesi, trattandosi di casi in cui vi è stata una diagnosi tardiva, esse dovrebbero essere raffrontate con quelle che, in pari epoca, sarebbero invece sussistite, se la diagnosi fosse stata tempestiva.<sup>68</sup> Infine, le chances di sopravvivenza e di guarigione si caratterizzano per la diversa natura della chance stessa.

Nel momento in cui un soggetto si trova ingiustamente privato della possibilità di accedere ad un concorso, perde quelle chance di vittoria dello stesso che egli possedeva già all'interno del proprio patrimonio al momento del fatto illecito. In questo caso, quindi, le possibilità di cui è lamentata la sottrazione sono delle possibilità di successo, fondate su aspettative di diritto preesistenti, che egli poteva vantare ad esempio, alla luce della propria preparazione. In tali fattispecie sarebbe quindi corretto parlare di chance pretensiva<sup>69</sup>, poiché postula la presenza di un quid positivo su cui la condotta colpevole incide sfavorevolmente impedendone la possibile evoluzione migliorativa. La chance pretensiva rientra nel campo di interesse medico-legale solo nella misura in cui è necessario accertare la definitiva perdita della chance. Si fa riferimento a quei casi in cui, a seguito di incidente stradale, un soggetto perda ad esempio la piena mobilità della mano, venendo privato della possibilità di accedere alla carriera di chirurgo.<sup>70</sup>

Diametralmente opposta risulta il caso di quanti, a seguito di omesso intervento o di cure inidonee, siano stati privati della possibilità di sopravvivere più a lungo o di guarire.

Si tratta di ipotesi in cui a preesistere non sono delle possibilità di successo, ma al contrario, sono delle potenzialità lesive connesse al naturale decorso della patologia da cui il paziente è affetto. In questo caso, la chance, intesa come la probabilità favorevole per il paziente di guarigione o di sopravvivenza, sorge solo grazie all'intervento del medico. Infatti, la condotta esigibile dal medico si pone come fattore interruttivo di una catena causale che è già in corso e che sarebbe comunque destinata a concludersi con un peggioramento delle condizioni psicofisiche o con la morte. Quando si calcola che un soggetto ha, ad esempio, il 35% di probabilità di guarire, tale percentuale non è individuata a prescindere dall'intervento, ma è valutata

---

<sup>68</sup> Secondo Pucella il valore della chance perduta aumenta all'incrementarsi delle chance effettivamente venute meno in maniera esponenziale e non aritmetica: la perdita del 40% delle possibilità dovrebbe un valore superiore rispetto al quadruplo di chi ne ha perse il 10%; così come la riduzione del 30% di possibilità ha un impatto differente e quindi un valore minore se si passa dall'aver il 70% delle possibilità al 40%, rispetto che se si passi dal 40% al 10%.

<sup>69</sup> U. Izzo *Il tramonto di un sottosistema della R.C.: la responsabilità medica nel quadro della recente evoluzione giurisprudenziale*, in *Danno e resp.*, 2005, 2, pp. 130-152.

<sup>70</sup> A. Fiori, D. Marchetti. *Problemi medico-legali del danno non patrimoniale da perdita di chance*, in *Riv. it. med. leg.*, 2011, 39.



ipotizzando un intervento corretto del sanitario. Già a livello astratto, pertanto, la guarigione dipende statisticamente dal corretto adempimento del medico: solo se questi agisce correttamente, si può affermare che, sulla base di un dato statistico, una probabilità di guarigione o di sopravvivenza esiste. Ciò avvalorava l'idea che nel caso di chances di guarigione o di sopravvivenza si tratta solitamente di possibilità di cui il paziente inizia a beneficiare grazie all'intervento del medico. Questo poiché, ove il paziente non avesse avuto occasione di instaurare in capo al medico l'obbligo giuridico di fare quanto in proprio potere per interrompere una sequenza causale già cominciata, il danno si sarebbe determinato con certezza pressoché assoluta.

La chance in questa connotazione non corrisponde a qualcosa che potrà migliorare la condizione del titolare, ma a qualcosa che ne dovrebbe impedire il peggioramento, attraverso delle scelte diagnostiche che si oppongano alla catena eziopatogenetica. Per questo motivo, in campo medico si parla di chance oppositiva<sup>71</sup> o non pretensiva, dal momento che consiste nella possibilità di realizzazione di un esito differente rispetto a quello a cui il naturale decorso degli eventi condurrebbe.

Per cui, le chances di guarigione o di sopravvivenza non sono preesistenti nel patrimonio del soggetto, ma vengono in essere nell'ipotesi in cui la condotta del medico risulti conforme alla diligenza richiesta. Teoricamente, in mancanza di questa conformità, le chances non verrebbero ad esistere e di conseguenza non sarebbe esigibile alcun tipo di risarcimento.

Ovviamente, per quanto coerente da un punto di vista logico, questa conclusione risulta inaccettabile dal punto di vista giuridico, dal momento che condurrebbe ad una paradossale conclusione: quella che si debba lasciare la condotta medica negligente priva di qualsivoglia sanzione giuridica.

### **5. La Sent. 5461 del 2018: il recente «decalogo» della Cassazione**

A ben vedere, il concetto di chances oppositiva è astrattamente applicabile ad ogni condotta medica, sia di natura commissiva sia di natura omissiva, che risulti essere negligente. Infatti, ogni qualvolta l'operato del medico non risulti idoneo e cagioni un danno al paziente, vi sarà una conseguente perdita di chance di guarigione o sopravvivenza.

Si prenda ad esempio l'ipotesi di un medico del pronto soccorso, che, nel visitare un paziente, non riconosca i sintomi della meningite, omettendo quindi di somministrare tempestivamente i farmaci e che a causa di questo ritardo il soggetto perda la capacità uditiva da un orecchio.

In questa ipotesi, ovviamente, vi è una perdita della chance di una completa guarigione dalla malattia, ma si tratta di una naturale e logica conseguenza del danno biologico. Il danno che, in questo caso, il medico dovrebbe essere chiamato a risarcire attiene, infatti, a quella lesione della salute del paziente, che in caso di diagnosi tempestiva, non si sarebbe mai verificata; la conseguente perdita di chance, invece, non dovrebbe

---

<sup>71</sup> U. Izzo., op. ult. cit.

rilevare in termini risarcitori, poiché siamo in presenza esclusivamente danno conseguenza.<sup>72</sup>

Uno dei rischi, quindi, che si è affacciato nel nostro ordinamento a partire dal riconoscimento della risarcibilità della perdita di chance è quello di duplicazione delle poste risarcitorie della lesione base del danno biologico.

Motivo per cui, la Corte di Cassazione è recentemente tornata a esprimersi sul tema del risarcimento del danno da perdita di chance, con il chiaro intento di delimitare i confini applicativi di questa categoria di danno.

Nella sentenza 5461 del 2018<sup>73</sup> la Suprema Corte si è pronunciata rispetto ad una fattispecie di decesso "anticipato". Nel caso in questione, a causa di un'errata interpretazione di due radiografie toraciche, ad una paziente era stato diagnosticato con due anni e mezzo di ritardo un adenocarcinoma polmonare.

Nel ricorrere in giudizio, gli eredi avevano attribuito alla sola condotta degli imputati la responsabilità dell'evento morte della propria congiunta, sostenendo che, in caso di tempestiva diagnosi, la paziente sarebbe andata incontro ad una completa remissione domandando, pertanto, un risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale. Tuttavia, la CTU espletata aveva portato alla conclusione che la patologia in questione, per le proprie caratteristiche, anche laddove anticipatamente diagnosticata, avrebbe comunque condotto la paziente alla morte; la sua precoce individuazione avrebbe però potuto consentire una maggiore sopravvivenza e minori sofferenze.

Alla luce di tali conclusioni, il giudice di primo grado aveva accolto la pretesa risarcitoria pronunciandosi non nel senso che i dedotti inadempimenti avessero cagionato la morte della paziente ma, piuttosto, che ne avessero ridotto le sue chance di sopravvivenza. Il Tribunale di primo grado aveva così modificato la pretesa attorea in una domanda di risarcimento del danno da perdita di chance di sopravvivenza della propria congiunta. Proprio alla luce di questa scelta del giudice di merito, la controversia è giunta dinanzi alla Corte di legittimità.

Il motivo del ricorso, infatti, era l'asserita *mutatio libelli* che si sarebbe verificata nel corso del giudizio e che quindi avrebbe comportato una violazione del principio del contraddittorio e del principio di corrispondenza fra chiesto e pronunciato.

Il ricorso viene rigettato, dal momento che il riconoscimento della risarcibilità dell'anticipata perdita del rapporto parentale rappresentava esclusivamente una compressione della portata originaria della domanda di perdita del rapporto parentale tout court, tale da non rappresentare una *mutatio libelli*; tuttavia, la vicenda ha comunque offerto lo spunto per ulteriori riflessioni sulla perdita di chance in ambito medico.<sup>74</sup>

---

<sup>72</sup> A. Fiori, D. Marchetti op. cit.

<sup>73</sup> Cass. sez. III, sentenza 09/03/2018 n° 5641.

<sup>74</sup> Testualmente "Correttamente, in primo grado, il danno risarcibile (e in concreto liquidato) è stato pertanto identificato nella perdita anticipata del rapporto parentale, così (legittimamente) circoscritta la portata dell'originaria domanda (perdita del rapporto parentale tout court) in via d'interpretazione dell'atto di citazione – del tipo quanto minoris – fondata sul medesimo fatto

La Suprema Corte, infatti, ha colto l'occasione per elaborare una sorta di "griglia metodologica"<sup>75</sup>, attraverso l'elencazione dei cinque diversi scenari che le vicende cliniche possono creare.

La prima ipotesi afferisce ad una condotta commissiva o omissiva, colpevolmente tenuta, che abbia cagionato la morte del paziente, laddove una diversa condotta ne avrebbe consentito la guarigione, alla luce dell'accertamento della CTU. In tal caso, l'evento sarà attribuibile al sanitario, che verrà chiamato a rispondere sia del danno biologico sia del danno da lesione del rapporto parentale.

La seconda ipotesi attiene a quei casi in cui la condotta colpevole del sanitario non ha avuto alcun tipo di incidenza causale sullo sviluppo della malattia, sulla sua durata ed esito finale, ma ha rilevato in peggio solo sulla diversa qualità o organizzazione della vita del paziente. Il medico, pur avendo sbagliato, in questo caso, non ha accorciato la vita del paziente, ma lo ha privato della possibilità di incorrere in cure palliative o della possibilità di organizzare realmente o spiritualmente il breve tempo che gli rimaneva.

La terza ipotesi inerisce a quelle condotte che, sebbene colpose, non hanno avuto alcun tipo di impatto sul piano dell'incidenza causale e in cui, quindi, la mancanza di conseguenze dannose sul piano eziologico, impedisce alcun tipo di risarcimento.

Le ultime due condotte sono quelle maggiormente correlate al problema della perdita di chance. Da un lato vi sono i casi in cui la condotta del sanitario ha cagionato non la morte bensì una significativa riduzione della durata della vita del paziente ed una peggiore qualità della stessa. Dall'altro si hanno quei casi in cui la condotta del sanitario ha avuto come conseguenza un evento di danno incerto: le conclusioni della CTU risultano espresse in termini di insanabile incertezza rispetto all'eventualità di maggiore durata della vita e di soffrire di minori patimenti.

Sulla base di quanto affermato dalla Suprema Corte, soltanto in quest'ultimo scenario sarebbe possibile parlare di perdita di chance, perché solamente in detta ipotesi ci si trova di fronte ad una incertezza eventistica. Diversamente, infatti, ogni qualvolta vi sia la certezza che il corretto operato avrebbe posticipato *l'exitus*, ciò che viene cagionato dal sanitario non è un danno da perdita di chance, ma è un danno da morte anticipata. È quindi esclusivamente l'incertezza rispetto alla verifica o meno del risultato sperato che consente di individuare una fattispecie come danno da perdita di chance. Nel caso di specie, posto l'accertamento della responsabilità dei sanitari e il nesso fra il loro operato ed il ritardo nella diagnosi, viene alla fine dato per acquisito un ulteriore dato: il ritardo diagnostico, ancorché così cospicuo, non ha causato un decesso che diversamente non si sarebbe verificato. Le conclusioni della CTU non permettono, infatti, di configurare il fatto come "danno da morte" (peraltro non risarcibile), dal momento che la gravità della malattia avrebbe comunque portato alla morte della paziente con probabilità maggiori del contrario, anche nel caso fosse stata individuata tempestivamente.

---

*storico e sui medesimi elementi costitutivi, senza che tale modificazione integrasse una inammissibile mutatio libelli*", cit. Cass. sez. III, sentenza 09/03/2018 n° 5641.

<sup>75</sup>L. Mastroberto, A. Serra. *"Il danno da perdita di chance nella responsabilità sanitaria. Dall'evoluzione giurisprudenziale alla valutazione medico legale"*, Giuffrè Francis Lefebvre, 2019.

Alla luce delle considerazioni della Cassazione, la controversia in esame, dunque, potrebbe alternativamente integrare una fattispecie di danno da morte anticipata o di danno da perdita di chance di sopravvivenza a seconda del grado di certezza rispetto alla verifica del risultato sperato (ossia il vivere più a lungo e con minori patimenti).

Ovviamente, per quanto postulino un'incertezza del risultato finale, la Corte precisa che le possibilità di cui viene lamentata la perdita debbano comunque rispettare i parametri "*dell'apprezzabilità, della serietà e della consistenza*"<sup>76</sup>, per il cui accertamento il valore percentuale statistico/percentuale rappresenta esclusivamente un criterio orientativo, essendo necessario comunque tenere conto delle infungibili specificità del caso concreto.

La presenza di queste caratteristiche nella chance, perciò, non sembra richiedere la sussistenza di una probabilità di conseguimento del risultato sperato superiore al 50%.<sup>77</sup> La fissazione di un simile *limen* probabilistico rappresenterebbe, infatti, la negazione dell'assunto di partenza che concepisce la perdita di chance come lesione di un bene autonomo: in questi termini il tasso di probabilità dovrebbe incidere solamente sul piano della quantificazione del risarcimento.

Il concepire la chance come autonoma dal risultato sperato, tuttavia, non impedirebbe l'individuazione di un filtro per limitarne la rilevanza giuridica.<sup>78</sup>

La presenza o meno di questi requisiti rappresenta quindi il discrimine fra ipotesi risarcibili e ipotesi non risarcibili. La chance consistente, seria ed apprezzabile non sarebbe più accostabile all'ipotesi di un furto di un biglietto della lotteria dalla tasca di

---

<sup>76</sup> L. La Battaglia, *Il danno da perdita di chance*, in *Danno e resp.* 2019; ne fa un'applicazione la Cass. civ., 14 novembre 2017, n. 26822, in *Mass. Foro it.*, 2017; «*la perdita di chance, pur potendo essere costituita dalla perdita di una mera possibilità presente nella sfera giuridica del danneggiato, deve tuttavia essere concreta ed effettiva, non meramente teorica e ipotetica, e la sua compromissione, ove dedotta, deve essere provata dall'attore, identificandosi con la prova stessa del danno*» (nella specie, in tema di risarcimento del danno da perdita della "possibilità di una vita anche solo di poco più lunga o migliore" che si assumeva conseguente al ritardo nella consegna di un esame diagnostico, la suprema corte ha confermato la sentenza impugnata, la quale aveva respinto la domanda in quanto, in base all'accertamento tecnico, il ritardo era stato assolutamente ininfluenza sull'evoluzione della patologia tumorale, particolarmente rara e aggressiva, sicché non vi era stata alcuna menomazione della possibilità di cura, con ciò risultando accertata l'insussistenza sia della chance che si assumeva menomata, sia, conseguentemente, del danno denunciato).

<sup>77</sup> N. Focci, *Chance (danno da perdita di)* in *Enc. Giur.* Roma 2009, 3.

<sup>78</sup> S. Gatti, *Riflessioni sulla (risarcibilità e sulla) quantificazione del danno da perdita di chance in Resp. Civ. prev.*, 2019.

un soggetto<sup>79</sup>, ma diverrebbe paragonabile all'attività degli amministratori di società che devono tradurre in un numero la rischiosità di un credito da appostare a bilanci.<sup>80</sup>

In generale, la Corte con questa pronuncia ha proceduto ad una forte delimitazione dell'area applicativa del danno non patrimoniale da perdita di chance, attraverso l'indicazione di situazioni giuridiche che, prescindendo dalla chance possono trovare applicazione più persuasiva se sussunti in una diversa categoria di danno.

In particolare, nei casi in cui la condotta inadempiente del medico o l'inadempimento della struttura, abbiano accelerato i tempi della morte del paziente (evento di per sé inevitabile) oppure nelle ipotesi in cui esse abbiano prodotto un peggioramento della qualità della vita del paziente, l'evento di danno sarà caratterizzato "dalla certezza (o rilevante possibilità) di aver vissuto meno a lungo ovvero patendo maggiori sofferenze fisiche o morali". Verranno allora in considerazione un ordinario danno da perdita del rapporto parentale, ovvero un danno biologico o morale.

Sempre nell'ottica di progressiva sottrazione di aree di incidenza della perdita di chance, un discorso analogo viene proposto per quello che concerne le ipotesi nelle quali un malato terminale lamenti un pregiudizio alla sua libertà di adottare le scelte terapeutiche ed esistenziali concernenti il periodo residuo della propria vita. Coerentemente, con la sentenza 6688 del 2018<sup>81</sup>, la Corte di Cassazione fa rientrare la lesione di questa situazione giuridica nel diritto alla autodeterminazione, inteso non solo con riferimento ai trattamenti terapeutici ma anche ai risultati diagnostici ed alle scelte personali adottate in conseguenza degli stessi. Il caso di specie riguarda il decesso di una donna, che presentando dei noduli al seno sinistro, si era sottoposta a diversi esami senza, però, ricevere adeguate informazioni rispetto al suo stato di salute. Cinque mesi dopo la sua ultima visita veniva poi ricoverata presso la stessa struttura ospedaliera in cui aveva eseguito i vari accertamenti, ed in quella occasione le veniva diagnosticato un carcinoma mammario masterizzato.

Nell'agire in giudizio i congiunti aveva proposto domanda di risarcimento del danno da perdita di chance di guarigione *iure hereditatis*, oltre che domanda di risarcimento del danno morale per perdita del rapporto parentale. Tuttavia, la Corte di legittimità ha qualificato il caso concreto come lesione del diritto all'autodeterminazione, alla luce del grado di certezza con cui si poteva assumere che la paziente fosse stata privata della possibilità di adottare le proprie scelte personali. Infatti, la compressione del

---

<sup>79</sup> L'esempio è ripreso dalla relazione di Travaglino, in *La nuova responsabilità sanitaria nella giurisprudenza di legittimità*, Roma, 27 novembre 2019, Aula Magna della Corte di Cassazione, in *Reporta* cura di L. La Battaglia. La risarcibilità di questa ipotesi è esclusa alla luce della aleatorietà ed improbabilità della vittoria tale da non permettere la nascita di una chance considerabile come effettiva.

<sup>80</sup> M. Franzoni, "Ancora sul danno da perdita di chance non patrimoniale" in *Responsabilità civile e previdenza*, 2021, 4. Questo rischio si traduce in un valore numerario da iscrivere in un apposito fondo, che dunque assume un preciso valore patrimoniale presente, allo stesso modo in cui è presente l'aspettativa delusa per la perdita di una chance.

<sup>81</sup> Cass, III sez. 19/03/2018, n.6688.

diritto all'autodeterminazione costituisce un danno in *re ipsa*<sup>82</sup>, per cui è il fatto stesso della lesione della situazione giuridica a costituire premessa sufficiente per l'insorgere dell'obbligazione risarcitoria, senza che si richieda al paziente di fornire la prova delle scelte che avrebbe diversamente compiuto.

L'omessa informazione, di conseguenza, non farebbe perdere una chance di scegliere, ma lederebbe l'effettivo ed attuale diritto di decidere e di gestire liberamente e consapevolmente sé stesso.

Per cui la compromissione della perdita della possibilità d'esercitare il diritto all'autodeterminazione si configura come una lesione del diritto stesso e non solo della sua dimensione probabilistica.<sup>83</sup>

## **6. Il nesso causale**

Le recenti pronunce della Corte di Cassazione in materia di chance hanno, inoltre, permesso di fare chiarezza su un aspetto che, dalla prima comparsa di questa figura nel panorama giuridico, è sempre stato particolarmente controverso: il nesso di causalità.

Nello specifico, infatti, la Suprema Corte sembra aver compiuto un definitivo *overruling* rispetto a quella soluzione, da lei stessa prospettata, di prevedere all'interno della responsabilità civilistica due distinti accertamenti causali, uno configurabile nelle ipotesi ordinarie di danno alla salute ed uno nelle ipotesi di perdita di chance.

Tale espediente era stato elaborato a partire dalla sentenza n. n. 21619 del 2007, in cui la Corte aveva affrontato il caso di un subacqueo che, costretto ad una rapida emersione a causa di un guasto al dispositivo di riserva di aria, manifestando i sintomi tipici dell'embolia gassosa si era presentato dal medico di guardia, da cui era stato, però, frettolosamente dimesso. Solo diverse ore dopo, recatosi nuovamente in ospedale per il riacutizzarsi dei sintomi, era stato condotto, ormai tardivamente, in altra struttura sanitaria e sottoposto a trattamento in camera iperbarica. Diagnosticatagli una paraparesi da malattia da decompressione, il subacqueo era stato, poi, definitivamente dimesso con prescrizione di trattamento terapeutico e riabilitativo a seguito di una invalidità quantificabile intorno al 60%.

Agito in giudizio, tuttavia, la sua domanda di risarcimento non trova immediato accoglimento, data l'insanabile certezza in ordine alla sussistenza del nesso di causalità. Infatti, sebbene fosse stata accertata la condotta colposa del medico di guardia, l'attore non era comunque stato in grado di dimostrare che in assenza di detto inadempimento il danno non si sarebbe verificato; alla luce della CTU residuava, infatti, un cospicuo margine di probabilità per il paziente di riportare un'invalidità, anche in caso di intervento tempestivo.

---

<sup>82</sup> Cass., 23 marzo 2018, n. 7260, cit., la quale afferma che la mera perdita della libertà di scelta, a prescindere da quale sarebbe stata quella in concreto assunta, si configura come lesione del diritto all'autodeterminazione.

<sup>83</sup> In questo senso M. Azzalini., *Nesso causale e perdita di chances: l'illusione ottica della doppia probabilità*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2017.

In tale occasione, la Corte di Cassazione, chiamata ad esprimersi in ordine all'accertamento del nesso causale, ha finito per elaborare una sorta di "statuto speciale", applicabile esclusivamente alle ipotesi di perdita di chance.

Il ragionamento dei giudici di legittimità muove dall'assunto che, nel nostro ordinamento, già esistono due distinte tipologie di accertamento della causalità: uno operante nel settore penalistico e l'altro operante in quello civilistico.

È stato, quindi, immaginato che all'interno dello stesso sistema di responsabilità civile possa esistere una "scala discendente"<sup>84</sup>, al cui livello più elevato si potrebbe collocare la causalità ordinaria, che obbedirebbe alla logica del "più probabile che non", mentre, su un piano inferiore, potrebbe essere situata la causalità da perdita di chance, assestata sulla mera possibilità di conseguire un diverso risultato terapeutico.

Secondo la ricostruzione della Corte, quindi, mentre la causalità civile "ordinaria" si attesterebbe sul versante della probabilità relativa caratterizzata *"dall'accedere ad una soglia meno elevata di probabilità rispetto a quella penale"*, nell'ipotesi del danno da perdita di chance la soglia del criterio di prova del nesso causale dovrebbe scendere dal livello della probabilità a quello della possibilità.

In definitiva, l'indagine sul nesso causale sarebbe presieduta dall'*"alto o elevato grado di credibilità razionale o di probabilità logica"*, operante in ambito penale, dalla causalità civile rispondente alla logica del *"più probabile che non"*, e dalla *"possibilità"* propria della causalità da perdita di chance.

Agli occhi della dottrina il ragionamento così prospettato dalla Corte è risultato essere fin da subito fallace<sup>85</sup>, in quanto frutto di un'indebita sovrapposizione fra il nesso di causalità e l'evento di danno. In questa particolare ricostruzione della figura del danno da perdita di chance, infatti, si predicano tanto la pertinenza della mera possibilità all'identificazione del danno risarcibile, quanto la sua valenza di criterio selettivo, sotto il profilo causale.<sup>86</sup>

La perdita di una chance, tuttavia, non dovrebbe costituire una forma alternativa alla causalità ordinaria, ma un'autonoma categoria di danno. La possibilità di raggiungere un determinato risultato favorevole, in effetti, rappresenta il bene autonomo per la cui perdita l'attore agisce in giudizio e non anche il criterio alla luce del quale accertare la relazione causale fra condotta colposa e danno.

---

<sup>84</sup> M. Bona, *Causalità civile, il decalogo della Cassazione a due dimensioni di analisi*, in *Corr. giur.*, 2008, 41, si esprime, a tal proposito, in termini di «doppio binario».

<sup>85</sup> *Contra* M. Bona, *Causalità civile*, cit., 42 ss., il quale valuta positivamente la ricostruzione operata dalla Cassazione, sottolineando che l'accertamento di natura probabilistica attiene alla fase d'individuazione del nesso causale e, in un secondo momento, si utilizza di nuovo l'elemento probabilistico per la determinazione del danno da risarcire, in modo tale che le chances individuali sostanziano il nesso di causalità, per poi essere funzionali alla quantificazione della chance e quindi del danno risarcibile.

<sup>86</sup> G. Miotto, *Un grande equivoco: la trasmigrazione della «possibilità» (o «probabilità») dal contenuto della perdita di chance di guarigione o di sopravvivenza ai criteri valutativi del rapporto di causalità*, in *Resp. civ. prev.*, 2011, 2048, il quale evidenzia la contraddittorietà della scelta di ricondurre la chance sia al rapporto causale sia al danno risarcibile.

Si prenda, ad esempio, il caso in cui gli eredi di un soggetto agiscono in giudizio per ottenere il risarcimento del danno cagionato dai medici per via di un ritardo diagnostico, in assenza del quale il paziente avrebbe avuto il 40% di possibilità di guarigione. Secondo la soluzione prospettata dalla Corte, il dato statistico in questione non afferirebbe esclusivamente all'ambito della lesione, ma altresì prova del nesso di causalità: una volta che si è raggiunta la prova di una perdita di chance di salute, si è dimostrato anche il nesso di causa.<sup>87</sup>

Inoltre, seguendo questa impostazione, laddove la possibilità di guarigione ammontasse al 51%, la lesione subita non integrerebbe più il danno da perdita di chance ma un danno alla salute ordinaria, dal momento che la relazione causale rientrerebbe nel classico parametro del *"più probabile che non"*.

Adottando, invece, la teoria fondata sulla reificazione della possibilità di raggiungere un evento favorevole (o di evitarne uno sfavorevole), si raggiunge comunque l'obiettivo di semplificare l'onere probatorio del paziente tramite la creazione di un nuovo tipo di danno, senza però alterare le tradizionali regole d'accertamento del rapporto causale. In questo senso, quindi, la perdita di quel 40% di possibilità di guarigione rappresenterebbe l'evento di danno, la cui verifica deve essere *"più probabilmente che non"* causata dalla condotta negligente del medico.

Ed è proprio in questo senso che si è recentemente orientata la giurisprudenza di legittimità. Infatti, già a partire dal 2014 e per come poi ribadito con le c.d. sentenze di San Martino, si è affermata la soluzione per cui, benché non sia possibile fornire la prova del legame causale fra la condotta e l'evento dannoso nella sua interezza, il rapporto eziologico fra l'errore medico e la perdita di chance deve essere accordato in base al criterio del *più probabile che non*.

Nell'ottica giurisprudenziale recentemente assunta, ciò che necessita di essere accertato è il nesso causale, non fra l'evento finale auspicato (o temuto) e la condotta, ma tra quest'ultima e l'evento dannoso, rappresentato dalla perdita della chance.

Infatti, l'incertezza insanabile rispetto al rapporto eziologico fra condotta e il risultato finale non si riverbera anche nel rapporto fra condotta e perdita di chance, che può e necessita quindi di essere provato alla luce dei tradizionali criteri in ambito civilistico.

Quando la Corte di Cassazione, nella sentenza 5461 del 2018, fa riferimento al danno da perdita di chance come *"diminutivo astratto dell'illecito"* non intende quindi un diminutivo del rapporto causale con la condotta colpevole, bensì ad un diminutivo del danno.

In conclusione, l'incertezza si riverbera non sulla ricostruzione del nesso causale, che deve seguire le logiche civilistiche, ma sull'evento dannoso.

---

<sup>87</sup> M. Bona *"Il nesso di causa nella responsabilità civile a confronto con il decalogo delle Sezioni Unite penali in Francese: vecchi e nuovi confini tra causalità civile e causalità penale alla luce della sentenza Cass. civ., sez. III, 4 marzo 2004, n. 4400 sul danno da perdita di chance"*, in Bona M. (a cura di), *Il nesso di causa nel danno alla persona*, Assago, Ipsoa, 2005, p. 126.; N. Calcagno, *Omissione di diagnosi: il punto su perdita di chance e nesso causale*, in *Danno e resp.*, 2009, 2, p. 159.



## 6.1. Profili comparatistici

L'esigenza di trovare una linea di demarcazione fra il danno da perdita di chance e il nesso di causalità è stata riscontrata, in realtà, in tutti gli ordinamenti che hanno fatto ricorso a questa categoria di danno.

Quello italiano non è l'unico ordinamento ad avere mutuato l'istituto francese, che ha, infatti, seppur con una diversa declinazione, avuto applicazione anche nei sistemi di common law.

In Inghilterra<sup>88</sup>, ad esempio, si ha una piena sovrapposizione fra il "*loss of chance*" e il nesso eziologico, tale per cui non è possibile accedere al risarcimento del danno laddove le possibilità di conseguire il risultato finale fossero inferiori al 50%.

Tale impostazione è frutto dell'atteggiamento fortemente tradizionale della Camera dei Lords, che si è mostrata restia a riconoscere la *lost chance* come un bene autonomo, un *distinct harm*, rispetto al risultato finale.<sup>89</sup>

Infatti, in assenza della reificazione della chance, la relazione causale che necessita di essere provata è, piuttosto, quella fra la condotta e l'evento sperato. Ciò produce come conseguenza logica il fatto che le pretese risarcitorie possano trovare accoglimento solo laddove l'attore sia stato in grado di dimostrare che, *on the balance of probabilities*, la possibilità (perduta) che l'evento si verificasse fosse più elevata del suo contrario.

Proprio alla luce di questa impostazione, si giustifica la sentenza *Hotson v. East Berkshire Area Health Authority*<sup>90</sup>, relativa ad un'ipotesi di risarcimento del danno per ritardo diagnostico.

Il caso trattato riguardava la vicenda di ragazzo caduto da un albero particolarmente alto, al quale i medici del pronto soccorso non avevano tempestivamente rilevato la lesione all'anca. Solo cinque giorni dopo, tornato in ospedale per via dell'acutizzarsi del dolore, al giovane veniva diagnosticata una necrosi avascolare che gli avrebbe determinato una disabilità permanente oltre che una forte probabilità di sviluppare una grave osteoartrite nel corso della vita.

In sede di giudizio, gli esperti avevano stabilito come, in assenza della condotta negligente dei medici, vi fosse il 25% di possibilità che il soggetto non riportasse queste complicazioni, motivo per cui, in primo grado la pretesa risarcitoria venne accolta, con il riconoscimento del 25% del danno. Ma la House of Lords<sup>91</sup> decise, invece, di ribaltare

---

<sup>88</sup> Il primo caso in cui la chance ha provato applicazione nell'ordinamento inglese è stato *Chaplin v. Hicks* [1911] 2 K.B. 786.

<sup>89</sup> Così M. Feola in "*Paralogismi e morfologia del danno da perdita di chance*", un saggio che rappresenta la versione italiana della relazione, dal titolo "*La relación de causalidad y el daño por la pérdida de Chance*", presentata al VI Convegno Internazionale di Diritto Civile Patrimoniale, sul tema della Responsabilità civile, svoltosi a Lima, dal 21 al 24 maggio 2018, presso la Facoltà di Giurisprudenza della Pontificia Universidad Católica del Perú.

<sup>90</sup> [1987] 2 A.E.R. 909.

<sup>91</sup> Fra le dissenting opinions troviamo quella del giudice Dillon, che rileva come mentre il rapporto causale tra la negligenza del medico e il pregiudizio patito dalla vittima era stato accertato nella misura del 25%, il danno consistente nella perdita del 25% delle chances di guarigione poteva essere provato con una certezza pari al 100%.

il verdetto, affermando che il ricorrente non aveva soddisfatto l'onere probatorio: non essendo, infatti, stato in grado di dimostrare che fosse stata la negligenza dell'ospedale durante la visita iniziale ad aver causato l'infortunio, piuttosto che la caduta in sé per sé.

Ciò perché secondo le logiche che regolano il giudizio di causalità nel diritto inglese, l'accertamento del nesso eziologico presuppone una relazione diretta fra danno e condotta omissiva tale da dovere far risultare quest'ultima idonea a interrompere la catena causale (*break of a chain of causation*)<sup>92</sup> degli eventi innescata dalla caduta.<sup>93</sup>

Molto più ricca è l'esperienza statunitense la quale, sia per la varietà che è propria di tale diritto, influenzato da molteplici e diverse componenti culturali e istituzionali, sia per l'attenzione prestata ai fattori di policy, sia per il ruolo svolto dalla giuria nell'accertamento in fatto del nesso causale, non conosce, in materia, l'univocità di prospettiva espressa dal diritto inglese.

In particolare, è ravvisabile un particolare indirizzo giurisprudenziale che, traendo ispirazione dal noto precedente *Gardner v. National Bulk Carriers*,<sup>94</sup> tende a risolvere i problemi giuridici legati alla figura della perdita di chance attraverso una sostanziale rilettura della teoria dell'aumento del rischio, pensata non più come teoria del danno ma come teoria della causalità-

L'introduzione di questa nuova nozione di "aumento del rischio" ha provocato un'inversione della prospettiva tradizionale, inducendo ad affermare la sussistenza del nesso eziologico per il solo fatto che la condotta negligente avesse provocato un sicuro aumento del rischio di danno, senza l'ulteriore necessità di verificare se questo avesse un ammontare statistico superiore o no a cinquanta.

Terreno fertile per l'applicazione di questa categoria di danno sono così divenute tutte quelle ipotesi concernenti errori diagnostici<sup>95</sup>, nelle quali le percentuali di

---

<sup>92</sup> H.L.A. Hart and T. Honoré, *Causation in the Law*, Oxford, II ed., 1985, pp. 12, 72 ss.

<sup>93</sup> N. Jansenin in *The idea of a Lost Chance*, distingue fra l'aumento del rischio (che rappresenta una componente ineliminabile della vita umana e per questo non eliminabile) e la vera e propria perdita di probabilità, ponendo come l'esempio di A che viene colto da un infarto ed ha l'80% di possibilità di sopravvivere se tempestivamente portato in ospedale. Tuttavia, durante il tragitto in ospedale, B causa un incidente che coinvolge anche l'ambulanza, comportando un ritardo di 10 minuti ed una riduzione delle chance di sopravvivenza al 40%. In ospedale, il medico C, a causa di una condotta negligente, riduce le possibilità del paziente di sopravvivere da 40 a 0. L'autore ritiene che la condotta di B sia esonerata da responsabilità dal momento che si sarebbe limitato ad aumentare il rischio, mentre a dover risarcire il 40% di chance fatte perdere al paziente sarà C.

<sup>94</sup> Dopo la caduta di un marinaio in mare, il comandante si rifiutò di procedere alle ricerche in mare, pensando che in virtù della distanza già percorsa e delle circostanze del caso (era notte, il mare era infestato da squali, ecc.) non vi sarebbe stata alcuna possibilità di trovarlo ancora in vita. La Corte federale, riformando la decisione di primo grado, ravvisa nella condotta omissiva del comandante una violazione dell'obbligo di compiere "ogni ragionevole sforzo" per salvare la vita del naufrago.

<sup>95</sup> Il primo caso in cui è stata applicata con riferimento ad una ipotesi di negligenza sanitaria è stato *Hicks v. U.S.* 368 F. 2d 626 (1966).

sopravvivenza del paziente erano sicuramente molto limitate e incerte. Ad esempio: il caso *Jeanes v. Milner*,<sup>96</sup> in cui si discuteva della richiesta di risarcimenti degli eredi di un paziente al quale, per una serie di colpevoli negligenze, erano state ritardate di qualche mese le cure di un linfossarcoma, con la conseguente riduzione delle chances di sopravvivenza dal 35% al 5%.

O, ancora, in *O'Brien v. Stover*<sup>97</sup>, dove è stata accertata la responsabilità del dentista che, non essendosi accorto tempestivamente di un carcinoma della cavità orale, aveva fatto perdere alla paziente una possibilità di sopravvivenza stimata al 30%.

In questi casi, le Corti si sono avvalse della teoria dell'aumento del rischio che comporta una diversa configurazione dell'onere della prova in ordine al nesso causale: all'attore viene richiesto di provare non, in termini negativi, l'ammontare delle chance che sono state perse, ma in termini positivi quanto la condotta del sanitario abbia aumentato le possibilità che si verificasse l'evento di danno.

Infine, occorre sottolineare come l'esigenza di trovare una coerente declinazione della relazione fra il danno da perdita di chance e il nesso di causalità sia stata comunque avvertita anche nell'ordinamento francese.

Su questo tema la Court de Cassation si è, infatti, specificatamente pronunciata con la sentenza del 14 ottobre del 2010, ricordata come la pronuncia della febbre maligna. La decisione riguarda il caso di una donna che, afflitta da influenza maligna, era deceduta a causa di una sindrome da distress respiratorio acuto. I congiunti avevano quindi agito in giudizio ritenendo che l'evento morte fosse da imputare alla condotta del sanitario che l'aveva in cura, il quale, infatti, nonostante avesse avuto modo di visitare la paziente e di constatare l'aggravamento dei suoi sintomi, non aveva ritenuto necessario prescrivere un cambio di trattamento.

Tuttavia, dalla perizia era emerso come la condotta del sanitario non potesse essere considerata causativa del danno, ma che tuttalpiù potesse corrispondere ad una violazione di quell'obbligo di fornire cure "coscienziose, attente e diligenti", in virtù del quale sarebbe stato invece opportuno optare per un ricovero immediato della paziente. Pertanto, la Corte di appello aveva deciso di rigettare la domanda di risarcimento del danno da perdita di chance, ritenendo non provato il nesso causale tra la morte e la colpa del medico.

Ad una conclusione diametralmente opposta giunge, invece, la Corte di Cassazione, la quale ha, in quella occasione, statuito che «*né l'incertezza relativa al decorso della patologia, né l'indeterminatezza della causa della sindrome da distress respiratorio acuto che ha portato alla morte erano tali da escludere il nesso causale tra la colpa commessa dal [medico], che aveva l'effetto di ritardare la cura del [paziente], e la perdita di una possibilità di sopravvivenza per quest'ultimo*». In altre parole, sebbene sussistessero delle incertezze sul possibile decorso della malattia anche in caso di ricovero in ospedale, o sulla causa di quella sindrome respiratoria che ha poi causato la morte, ciò non ha privato la condotta del medico della sua qualità di antecedente causale della perdita di possibilità di sopravvivenza.

---

<sup>96</sup> *Jeanes v. Milner*, 428 F. 2d 598 (1970).

<sup>97</sup> *O'Brien v. Stover*, 443 F. 2d 1013 (1971).

In questo senso, la Corte avrebbe avallato una sorta di presunzione<sup>98</sup>, secondo cui si considera integrato il nesso eziologico fra condotta inadempiente e perdita di chance ogniqualevolta la prima faccia parte di quella catena causale che ha condotto alla scomparsa della chance di conseguire un evento favorevole.

*Tale soluzione è il risultato dell'applicazione di una norma di diritto comune* in forza della quale è irrilevante se una persona responsabile sia in concorrenza con un'altra o con il fatto di un terzo, dal momento che ciascuna rimane responsabile nei confronti della vittima per l'intero. Il fatto che vi fosse un certo grado di incertezza circa la causa primaria del decesso, dunque, non rimette in discussione la certezza del nesso causale tra la colpa del medico e la perdita di opportunità di sopravvivenza.

Se però i differenti approcci delle corti inglesi e americane rispetto a quelle italiane con riferimento alla problematica del nesso di causalità si giustificano semplicemente alla luce della appartenenza dei rispettivi ordinamenti al sistema del common law, la distanza fra la soluzione adottata in Italia e quella che si è imposta in Francia trova invece spiegazione nel diritto sostanziale.

Nell'ordinamento francese vige, infatti, una regola (tendenzialmente) onnicomprensiva (oggi art. 1240 code civ.) che consente di risarcire tutti i danni che non sono assistiti da una causa di giustificazione. Per cui, la giurisprudenza francese, nel discorrere del danno da perdita di chance, si è quasi sempre disinteressata di verificare se sussistesse la lesione di un interesse giuridicamente protetto; rilevando invece presupposti del tutto diversi che tendono a incentrare l'indagine sui requisiti della certezza, del carattere "diretto", reale e serio delle chances perdute.<sup>99</sup>

Tramontata la stagione germanistica nella quale la letteratura francese richiedeva la violazione di un diritto soggettivo, di un dovere o di un obbligo, la responsabilità civile ora tende a ricomprendere qualsiasi lesione apportata ad un interesse, purché non sia illecito o immorale.

Ed è per questo motivo che, mentre nel caso dell'Italia, onde evitare il sovvertimento delle regole che disciplinano il nesso causale, il compimento dell'indagine eziologica ha richiesto la reificazione della chance, oltralpe la giurisprudenza ha potuto invece concentrarsi sulla declinazione di quei requisiti che condizionano la sussistenza stessa del danno, regolando il rapporto causale sulla base di ragionamenti meramente presuntivi.

---

<sup>98</sup> A. Bamdè « *La perte d'une chance* » in *Droit de la responsabilité, Droit des contrats, Droit des obligations, Responsabilité extracontractuelle*, 2016.

<sup>99</sup> M. Feola in "*Paralogismi ...*" op.cit.

## CAPITOLO II

### La quantificazione del danno da perdita di chance di guarigione

**Sommario:** 1 Il problema della quantificazione del danno ed il tendenziale silenzio della Cassazione; 2. Il danno da perdita di chance di guarigione. I vari approcci della giurisprudenza di merito. 3. La valutazione equitativa; 4. La valutazione parametrata sul coefficiente di riduzione. 5 Considerazioni conclusive.

#### **1. Il problema della quantificazione del danno ed il tendenziale silenzio della giurisprudenza di legittimità**

Nonostante la costanza e la frequenza con cui la Corte di Cassazione ha recentemente incominciato ad esprimersi in materia di danno da perdita di chance di guarigione o di sopravvivenza, residua un aspetto su cui non è stata ancora fatta particolare chiarezza: quello della quantificazione del danno.

Infatti, l'attenzione della giurisprudenza di legittimità continua ad essere totalmente rivolta all'individuazione dei confini applicativi della perdita di chance, onde evitarne un indebito utilizzo. A partire dal 2018 la Corte di Cassazione sembra, dunque, aver colto ogni possibile occasione per riconfermare i criteri interpretativi da essa stessa delineati ed impedire, quindi, che l'istituto della chance venga impiegato per aggirare l'onere probatorio del danneggiato in ordine al nesso causale.

Nelle sentenze pocanzi esaminate, così come in quelle ancor più recenti<sup>100</sup>, invece, il problema della quantificazione del danno è stato invece "liquidato" con brevi e vaghe indicazioni.

Posta infatti la differenza che intercorre fra la chance patrimoniale e quella non patrimoniale, la Suprema Corte si è limitata nel corso del tempo ad affermare che *"il risarcimento non potrà essere proporzionale al risultato perduto, ma commisurato, in via equitativa, alla possibilità perduta di realizzarlo"*.

Pertanto, mentre in sede di accertamento del valore di una chance patrimoniale è spesso possibile il riferimento a dei valori oggettivi (come, ad esempio, è il valore dell'appalto in quei casi di perdita di chance di vittoria cagionata all'impresa indebitamente esclusa dalla gara), le chances non patrimoniali dovrebbero essere liquidate in via equitativa, assumendo il *"valore statistico/percentuale - se in concreto accertabile - al più come criterio orientativo, in considerazione della infungibile specificità del caso concreto"*.<sup>101</sup>

Attualmente, l'unica sentenza da cui è possibile evincere indicazioni più specifiche

---

<sup>100</sup> Cassazione civile sez. III, 29/04/2022, (ud. 09/03/2022, dep. 29/04/2022), n.13509; Cassazione civile sez. III, 15/04/2019, (ud. 06/07/2018, dep. 15/04/2019), n.10424.

<sup>101</sup> Così la Cass. nella sent.5461 del 2018 ed analogamente nella sent.28993 del 2019.

continua ad essere la n. 7195 del 27 marzo 2014<sup>102</sup>

Si tratta di una pronuncia, relativa ad un'ipotesi di perdita di chance di un malato terminale di vivere meglio e più a lungo. Nel caso di specie gli eredi di una paziente avevano intentato causa nei confronti di un Centro di Riferimento Oncologico (CRO), avendo individuato nell'inadeguatezza del trattamento terapeutico offerto dai dipendenti della struttura alla congiunta (riscontrato un tumore ovarico, i chirurghi, anziché asportare entrambi le ovaie e l'utero, si erano limitati al solo ovaio colpito dalla neoplasia) la causa delle tempistiche accelerate con cui si era verificato il decesso della donna.

In questa pronuncia, ribadita l'autonomia della chance quale entità patrimoniale ontologicamente differente dal risultato sperato,<sup>103</sup> la Corte si è poi dilungata sul tema della quantificazione del danno, statuendo che la valutazione equitativa del giudice dovesse comunque essere ispirata ad un criterio fondato sul tasso percentuale di probabilità<sup>104</sup> della chance.

In particolare, in base a questa sentenza sarebbero due le circostanze da prendere in debita considerazione.

La prima attiene alla *"prossimità della situazione fattuale al conseguimento del risultato sperato"*, da intendere cioè come la necessità di modulare il valore della perdita a seconda della sufficienza o meno del comportamento che il sanitario avrebbe dovuto porre in essere a determinare il risultato sperato.

In questo senso, quindi, l'ammontare del risarcimento varierebbe a seconda che, nel caso concreto, la buona riuscita della chance fosse dipesa esclusivamente dalla prestazione medica, ovvero fossero necessarie ulteriori evenienze.

La seconda circostanza, invece, inerisce alla *«maggiore o minore idoneità della chance perduta a garantire il risultato finale»*, e quindi a quella quantificazione espressa in termini percentuali delle possibilità che il danneggiato, nel caso specifico, aveva di conseguire il risultato sperato.

Inoltre, con riferimento alle sole ipotesi di lesione della chance di sopravvivenza, cagionata da un fatto che potrebbe avere accelerato un evento che si sarebbe comunque verificato, la Corte ha sottolineato come l'arco temporale da prendere a riferimento per il calcolo del danno risarcibile sia quello intercorrente fra il giorno in cui tale evento si è effettivamente realizzato e quello in cui lo stesso si sarebbe presumibilmente verificato in assenza dell'illecito.

In definitiva, è possibile constatare come la sentenza 7195 del 2014 rappresenti un *unicum* all'interno di un panorama giurisprudenziale rimasto fino a qual momento

---

<sup>102</sup> Cass. Civ. Sez. III, 27/03/2014, n. 7195.

<sup>103</sup> Il Tribunale di Pordenone in primo grado, infatti, era incorso nel comune errore di escludere il risarcimento per insussistenza del nesso di causalità poiché le chances che a donna potesse vivere più a lungo erano state valutate come inferiori al 50%.

<sup>104</sup> Secondo la citata pronuncia, nella *«quantificazione del risarcimento, torna rilevante l'idoneità della chance a produrre il risultato finale, nel senso che l'entità del risarcimento andrà commisurata al danno quantificato in ragione della maggiore o minore possibilità di ottenere quel risultato, misurata eventualmente in termini percentuali»*.

privo di alcun tipo di indicazione che potesse orientare la valutazione equitativa del giudice.

Il tendenziale silenzio della Corte di Cassazione comporta quindi che in sede di liquidazione del danno i giudici di merito finiscano per adottare delle soluzioni fra di loro non omogenee, e talvolta, come si evidenzierà in seguito, non coerenti con dei principi da tempo assodati nel nostro ordinamento.

Si tratta di un rischio che si acuisce quando a rilevare nel caso concreto è la perdita di chance di sopravvivenza; mentre nei casi di perdita di chance di guarigione risulta essere più attenuato.

Infatti, per quanto i concetti di chance di guarigione e di chance di sopravvivenza vengano utilizzati spesso dalla giurisprudenza come sinonimi, in realtà le ipotesi di danno cui ineriscono sono differenti fra loro.

## **2. Il danno da perdita di chance di guarigione**

Come evidenziato da parte della dottrina<sup>105</sup>, si può correttamente discutere di danno da perdita di chance di guarigione e/o di cura solo quando l'inadempimento medico abbia radicalmente annullato le possibilità di contrastare efficacemente la malattia ovvero abbia comportato il definitivo venir meno delle chances di riportare delle invalidità meno gravi.

In termini generali, quindi, una perdita di chance di guarigione è data ogniqualvolta la condotta negligente del sanitario abbia privato il paziente della possibilità di conseguire l'*outcome* ottimale.<sup>106</sup>

A mero titolo esemplificativo, si richiama l'esempio riportato da Aprile, Fabris e Rodriguez<sup>107</sup> nella loro opera dedicata al danno da perdita di chance nella responsabilità medica.

La vicenda clinica che viene presentata riguarda il decesso di una donna di 65 anni cagionato da un'emorragia intracranica conseguente a rottura di aneurisma cerebrale. La paziente si reca al pronto soccorso di un piccolo presidio ospedaliero alle ore 7.30 del mattino dove, in base ai sintomi da lei lamentati, le vengono prescritti una serie di accertamenti (esami ematochimici, ecografia addominale e radiografia del torace.) Alla luce della negatività degli esami, la donna viene dimessa alle ore 13.00, con diagnosi

---

<sup>105</sup> B. Guidi e E. Sereni in *"Il risarcimento del danno da perdita di chances di vita, di cura e di guarigione: prassi, trend e criteri liquidatori"* in *Danno e resp.* 2016, 5, pag. 508; S. Gatti in *"Riflessioni sulla (risarcibilità e sulla) quantificazione del danno da perdita di chance"* in *Resp. Civ. e prev.* 2019, 6, pag. 2113, E. Ronchi, L. Mastroroberto e U. Genovese in *"Guida alla valutazione medico – legale dell'invalidità permanente. In responsabilità civile e nell'assicurazione privata contro gli infortuni e le malattie"*, Giuffrè editore, 2015; L. La Battaglia *"Il danno da perdita di chance"* in *Danno e resp.* 2019, 349; e P. Ziviz *Il risarcimento per la perdita di chances di sopravvivenza*, in *Responsabilità Civile e Previdenza*, fasc.3, 1998, pag. 705.

<sup>106</sup> Così definito in *"Guida alla valutazione medico legale ..."* op.cit.

<sup>107</sup> A. Aprile, A. Fabris, D. Rodriguez, *Danno da perdita di chance nella responsabilità medica*, 2014.

di dolore addominale, terapia antidolorifica e prescrizione di "ulteriori accertamenti dal medico di medicina generale."

Alle ore 18.00 dello stesso giorno la paziente è trasportata dal Suem 118 al Pronto Soccorso del medesimo ospedale, dove viene sottoposta ad un'indagine TC cerebrale che rileva una emorragia subaracnoidea con spandimento tetra ventricolare; se ne dispone quindi il trasferimento in un ospedale maggiormente attrezzato.

All'arrivo la paziente è ricoverata nel reparto di terapia intensiva in cui rimane per i successivi 20 giorni, fino a quando, le sue condizioni generali non si complicano a causa della comparsa di un'infezione che la conduce al decesso.

I dati raccolti durante la degenza portano a concludere che la morte sia causalmente riconducibile alla rottura di aneurisma cerebrale. All'evento terminale ha poi contribuito il sopraggiungere di fenomeni infettivi bronco-polmonari, da porre comunque in relazione causale con l'immobilizzazione e l'ospedalizzazione.

Dall'analisi compiuta dal c.t.u. rileva come non fosse possibile muovere alcun tipo di contestazione agli adempimenti dei sanitari che ebbero in cura la paziente dalle ore 18.00 del giorno in cui i sintomi si erano manifestati, né tantomeno all'assistenza prestata dopo il trasferimento nel secondo ospedale, la cui inefficacia deve essere ascritta alla sola gravità del quadro complessivo della donna.

La medesima conclusione non può essere invece tratta con riferimento alle condotte poste in essere dagli operatori sanitari la mattina dell'esordio dei sintomi. Già nel corso della mattina, dato il quadro clinico manifestato dalla paziente, sarebbe stato, infatti, mandatorio eseguire una TC cerebrale. Per come evidenziato dal c.t.u., la negatività di tutti gli accertamenti condotti circa l'origine del dolore toraco-addominale ed il persistere della sintomatologia dolorosa avrebbero dovuto indirizzare fin da subito al sospetto di un interessamento meningo-encefalico.

Pertanto, il non aver ipotizzato la presenza di un'emorragia cerebrale a fronte di tali sintomi, è espressione di una condotta non conforme alle norme di buona pratica clinica.

Tuttavia, viene comunque sottolineato come, anche in caso di diagnosi tempestiva e di conseguente trasferimento immediato, le possibilità di rimessione della paziente non fossero comunque elevate, dal momento che si aggiravano intorno al 30/35%.

Nell'ipotesi in esame, quindi, è possibile sostenere che la condotta medica negligente abbia determinato la perdita di una chance di guarigione per la paziente, visto che l'evento finale auspicato era quello di ripresa dalla malattia.

La perdita di chance di guarigione ravvisata nell'esempio proposto si sostanzia quindi nella sottrazione, avvenuta per il tramite dell'omissione diagnostica, delle possibilità della paziente di evitare l'evento morte.

Rispetto alle fattispecie di questo tipo si rendono necessarie tuttavia alcune precisazioni.

A differenza di quei casi in cui la chance di guarigione venuta meno consiste nella possibilità di riportare delle complicazioni inferiori, nelle ipotesi di perdita di chance di evitare il decesso, la richiesta di risarcimento danni viene ovviamente avanzata dagli eredi del *de cuius*. Quest'ultimi, ragionevolmente, agiranno in giudizio per chiedere



cumulativamente ristoro sia del danno patito *iure proprio*, per la perdita di chance di rapporto parentale, sia *iure hereditatis*, per la perdita di chance di guarigione sofferta dal proprio congiunto.

In relazione alla prima domanda *nulla quaestio*, dal momento che la giurisprudenza si è mostrata concorde non solo nel riconoscere l'astratta risarcibilità, ma anche nella scelta delle specifiche modalità di liquidazione del danno. Per come, infatti, testimoniato dalla sent. 02/09/2008 (di seguito riproposta) già in quella data la quantificazione del danno da perdita di chance di rapporto parentale avveniva attraverso l'applicazione del c.d. coefficiente di riduzione (ossia della percentuale a cui la chance ammontava) agli specifici importi delle tabelle di Milano riferiti al rapporto parentale.

Con riferimento, invece, alla richiesta di risarcimento avanzata *iure hereditatis*, si riscontrano maggiori difficoltà. Infatti, in questi casi, il problema della risarcibilità della perdita di chance di guarigione si innesta in un più ampio e complesso discorso: quello del danno da morte.

Come è noto, la Corte di Cassazione<sup>108</sup> nega ormai da lungo tempo la possibilità per gli eredi di richiedere il risarcimento del danno nel caso in cui il decesso sia avvenuto senza che sia intercorso un apprezzabile lasso di tempo fra la condotta e la morte. L'immediatezza *dell'exitus*, infatti, impedisce che sorga in capo al soggetto deceduto uno specifico diritto di credito.

Ciononostante, si ritiene configurabile e trasmissibile agli eredi il credito risarcitorio derivante dalle due componenti di danno non patrimoniale consistenti nel danno biologico terminale, per l'invalidità temporanea accertabile nell'ipotesi in cui la morte sia sopraggiunta dopo un apprezzabile lasso di tempo dall'evento lesivo (ritenendosi necessario il trascorrere di almeno un giorno) e nel danno morale terminale o catastrofe, per la sofferenza patita da chi abbia lucidamente percepito lo spegnersi della propria vita, presupponente la prova della sussistenza di un suo stato di coscienza nell'intervallo tra l'evento lesivo e la morte.

Dette considerazioni rientrano nell'ambito della categoria di perdita di guarigione nella misura in cui il risarcimento di tale danno può essere invocato dagli eredi solo laddove costoro siano in grado di allegare il patimento da parte del proprio congiunto del c.d. danno biologico terminale.

Diversamente, il risarcimento potrà essere riconosciuto solo in relazione al danno subito *iure proprio*.

Sarebbe infatti contraddittorio, nonché paradossale, escludere il risarcimento *iure hereditatis* del danno da morte in tutte quelle ipotesi in cui l'infausto evento risulti diretta conseguenza della condotta, ma ammetterlo invece in quei casi in cui l'inadempimento sia stato causa della perdita della mera possibilità di evitare *l'exitus*.

A dimostrazione di ciò, è appena il caso di menzionare una recentissima pronuncia del Tribunale di Frosinone, la n.595 del 2022.

Gli attori, eredi del *de cuius*, agivano in giudizio per ottenere l'accertamento della responsabilità degli operatori sanitari di un pronto soccorso e di un ospedale ed il

---

<sup>108</sup> Cass. Civ. S.U. Sent. 22.07.2015 n. 15350.

risarcimento dei danni ad esso conseguenti.

A tal fine deducevano che in data 14/04/2016 il congiunto si recava presso P.O. per esser sottoposto d'urgenza ad una colonscopia, a causa della rilevazione di sangue rosso vivo nelle feci con episodio di sub occlusione intestinale, e che immediatamente dopo l'intervento, iniziava ad accusare forti dolori all'addome.

Ciò nonostante, il paziente veniva comunque dimesso per essere poi trasportato, qualche ora dopo, d'urgenza presso l'Ospedale, ove, si accertava una perforazione delle viscere.

Al netto di tale diagnosi, tuttavia, non seguiva alcuna disposizione di trattamento chirurgico e pertanto i familiari accompagnavano il paziente presso un centro specializzato.

L'intervento ivi eseguito nulla poteva purtroppo rispetto alle condizioni di salute fortemente compromesse dell'uomo, che in data 25.04.2016 veniva intubato e che in data 29.04.2019 decedeva.

L'analisi condotta dal C.T.U. evidenziata l'incompatibilità con gli standard di diligenza e perizia richiesti sia delle condotte poste in essere dai sanitari dell'Ospedale, in occasione delle dimissioni del paziente, sia di quelle dei medici del P.S. del secondo Ospedale, alla luce dell'intempestività del loro intervento.

Pertanto, il C.T.U. affermava che tali inadempienze avesse cumulativamente determinato la perdita per il paziente delle possibilità di guarigione, che sarebbero state maggiori laddove l'intervento chirurgico fosse stato tempestivamente eseguito.

Il giudice, in virtù delle considerazioni espresse dal C.T.U. ha tuttavia considerato risarcibile esclusivamente il danno *iure proprio* da perdita di chance di rapporto parentale. Non ha, infatti, ritenuto risarcibile *iure hereditario* il danno da perdita di chance di evitare l'evento morte, posto il mancato soddisfacimento dell'onere probatorio in ordine alla sussistenza di un danno biologico terminale.

### **3. La valutazione equitativa**

Rispetto alle fattispecie in cui è ravvisabile una perdita di chance di guarigione, l'analisi condotta in relazione alle sentenze della giurisprudenza di merito ha permesso di ravvisare due differenti orientamenti in rapporto alla liquidazione del danno.

Si premette fin da subito che l'indagine si basa su un campione rappresentativo comunque limitato. Le pronunce in cui si è effettivamente giunti ad un riconoscimento, e conseguente liquidazione del danno da perdita di chance di guarigione non sono, infatti, altrettanto numerose come quelle inerenti alla perdita di chance di sopravvivenza.

Ciò è dipeso dal fatto che in molte fattispecie che, astrattamente risulterebbero inquadrabili nella categoria della perdita di chance di guarigione, è mancata da parte del danneggiato la proposizione di una apposita domanda.

L'equivoco di fondo che pregiudica l'accoglimento di diverse pretese è quello di considerare la domanda di risarcimento del danno da perdita di chances insita, come *minus*, in quella volta a far valere il pregiudizio derivante dal mancato raggiungimento

del risultato sperato e che, in quanto tale, la sua liquidazione possa essere operata d'ufficio dal giudice.

Si tratta, invece, di una domanda tutt'affatto diversa, sulla quale, se non proposta, il giudice non ha modo di pronunciarsi.<sup>109</sup>

È stato infatti chiarito da giurisprudenza ormai consolidata<sup>110</sup> che *"la domanda per perdita di chances è ontologicamente diversa dal risarcimento del danno da mancato raggiungimento del risultato sperato, poiché in tale seconda ipotesi l'accertamento è incentrato sul nesso causale, mentre nel primo caso oggetto dell'indagine è un particolare tipo di danno, segnatamente una distinta ed autonoma ipotesi di danno emergente, incidente su di un diverso bene giuridico, quale la mera possibilità del risultato finale"*.

Tuttavia, sono frequenti le ipotesi in cui la parte attrice è stata in ultimo dichiarata soccombente, poiché, limitandosi a chiedere un risarcimento del danno biologico, non è stata poi in grado di provare la sussistenza del nesso di causalità. Ne è un esempio emblematico la sentenza n.359/2017 del Tribunale di Massa.

Si tratta di una pronuncia relativa ad un caso di risarcimento danni che gli attori assumevano essere derivati dal comportamento colposo tenuto dai medici in occasione del ricovero del loro congiunto in data 09/03/2003.

Essendovi stata una erronea valutazione dei sintomi del paziente, quest'ultimo veniva dimesso la sera stessa, dopo più di un'ora dal suo ingresso in Pronto Soccorso, per poi subire una riacutizzazione della sintomatologia dolorosa al torace nella notte tra il 10 e l'11 marzo 2003, con conseguente decesso.

Agendo in giudizio, gli eredi avevano proposto domanda di risarcimento dei danni non patrimoniali, sia *iure proprio* (per perdita del rapporto parentale, quantificato in E 300.000,00 per ciascuno degli attori), sia *iure hereditario* (biologico, incluso quello afferente alla sfera psichica, morale ed esistenziale).

Tuttavia, l'indagine compiuta dai c.c.t.t.u.u. aveva evidenziato come l'errore diagnostico, sicuramente imputabile ad una condotta negligente dei sanitari, non fosse causa diretta *dell'exitus* del paziente, stante l'impossibilità di affermare con la certezza tipica del più probabile che non che un pronto ricovero ne avrebbe assicurato la remissione.

L'inadempimento medico, quindi, si era solamente reso responsabile della perdita di chance di guarigione del *de cuius*, nella misura in cui la mancanza di adeguati trattamenti terapeutici nella fase successiva al suo accesso al Pronto Soccorso aveva incrementato di circa 6 volte il rischio di morte.

Pertanto, in assenza di una specifica domanda di risarcimento del danno da perdita di chance di guarigione, le pretese attoree non trovavano accoglimento.

Nonostante il numero limitato di ipotesi in cui si è concretamente giunti a risarcire la perdita di chance, è stato comunque possibile individuare, sulla base del loro confronto, i due differenti criteri a cui la giurisprudenza ricorre per quantificare il danno. Il primo criterio consta di una valutazione meramente equitativa; il secondo

---

<sup>109</sup> Come invece già specificato, ad una diversa conclusione giunge attraverso la sua analisi D. Chindemi.

<sup>110</sup> Cassazione civile, sez. II, sentenza 29/11/2012 n° 21245.

presuppone, invece, l'applicazione del c.d. coefficiente di riduzione.

Nei casi in cui il criterio adottato è quello della valutazione meramente equitativa, il giudice liquida la somma senza altresì fornire l'indicazione di quali parametri siano stati da lui presi in considerazione per determinare il concreto ammontare del danno. Tale aspetto ovviamente non implica che la quantificazione sia avulsa dalle circostanze concrete del caso (quale ad esempio, età del paziente, eventuali malattie pregresse, ecc.); ma comporta che la stima del risarcimento non si basi su i valori suggeriti dalle Tabelle di Milano.

Dall'analisi delle sentenze che qui di seguito vengono riproposte, è stato possibile individuare, in termini approssimativi, in presenza di quali circostanze i giudici di merito hanno preferito ricorrere a questo tipo di approccio.

Innanzitutto, si tratta dell'unica soluzione contemplata per lungo tempo dalle corti; infatti, la prima pronuncia in ambito di perdita di chance di guarigione in cui stato riscontrata l'applicazione del c.d. coefficiente di riduzione risale al 2013.

Ciò è giustificabile alla luce dell'orientamento delle pronunce della Corte di Cassazione dell'epoca, che sembravano escludere la possibilità di ricorrere ai valori offerti dalle Tabelle di Milano per pervenire alla quantificazione del danno da perdita di chance.<sup>111</sup>

Il ricorso a tale indirizzo si è, inoltre, mantenuto costante: si rintraccia in particolar modo, in quelle ipotesi in cui il c.t.u., pur riconoscendo l'esistenza di una chance di guarigione non trascurabile, non è in grado di definirla in termini percentuali. Vi sono casi, infatti, in cui il perito fornisce solamente indicazioni approssimative rispetto alla consistenza della chance perduta, andandola a qualificare (e non quantificare) in termini di minima, media o elevata.

Alla luce della vaghezza delle risultanze così esposte, è possibile quindi rilevare una tendenza dei giudici di merito a ricorrere a delle valutazioni meramente equitative, piuttosto che a procedere loro stessi ad individuare una percentuale statistica da utilizzare come coefficiente di riduzione.

### ***Tribunale Milano. Sentenza 02/09/2008***

In data 02/09/2008 il Tribunale di Milano si pronunciava con riferimento alla richiesta di risarcimento avanzata *iure successionis* e *iure proprio* dagli attori in relazione ai danni subiti dal proprio congiunto, per effetto di malpractice sanitaria.

Veniva dedotto in giudizio che il *de cuius*, a seguito di cefalee e di un disturbo del visus all'occhio destro, si presentava il giorno 10/01/2002 al Pronto Soccorso, dove veniva sottoposto a visita neurologica e dimesso, con prescrizione di una TAC encefalo, eseguita il giorno successivo. L'esito di tale esame evidenziava un processo espansivo in sede parieto-occipitale sinistro, con effetto massa sulle strutture encefaliche anche ad opera di edema peri-lesionale. Il paziente veniva quindi ricoverato nello stesso Ospedale.

Veniva, inoltre allegato dagli attori che, nonostante i risultati della TAC lo imponessero, i sanitari non sottoponevano né tempestivamente il paziente ad esame TC encefalo con

---

<sup>111</sup> Tale lettura è confermata dal Tribunale di Milano nella sen. 02/09/2008, di seguito esposta.

mezzo di contrasto (differendo di ben 4 giorni il compimento di tale accertamento), né chiedevano prontamente la consulenza del neurochirurgo, una volta ottenuti i risultati. Pertanto, il paziente solo in data 17/1/2002 veniva trasferito presso il reparto di Neurochirurgia, dove giungeva ancora in buone condizioni generali, sebbene lo stato neurologico cominciasse a deteriorarsi (all'ingresso si evidenziavano uno stato di agitazione psico-motoria, disturbi della comprensione verbale ed un'emiparesi brachio-crusale destra, assenti il giorno prima)

Nel pomeriggio del 19.1.2002 il paziente veniva finalmente sottoposto ad un primo intervento chirurgico, in uno stato di coma superficiale. Tuttavia, le condizioni di salute erano talmente gravi che, nonostante anche un secondo intervento, eseguito il giorno successivo, in data 21.1.2002, per il paziente sopraggiungeva comunque il decesso.

Le censure mosse dagli attori afferiscono alla mancata tempestività nelle cure, risultante tanto più grave alla luce del deterioramento piuttosto rapido delle condizioni del paziente. Per come evidenziato dal C.T.U. le tempistiche di aggravamento delle condizioni di salute dell'uomo, inusuali per un processo espansivo di natura asessuale, portavano ragionevolmente a ritenere che *"lo stesso intervento eseguito con anticipo di 24 ore ne avrebbe potuto migliorare la chances di guarigione"*;

Tenuto conto delle risultanze della C.T.U., il giudice ha quindi riscontrato nella fattispecie concreta una condotta negligente degli operatori sanitari, in quanto non in linea con la tempestività e l'accuratezza imposta dalla gravità della sintomatologia.

È stato tuttavia sottolineato come, anche in presenza di una condotta medica idonea e conforme agli standard, le chances per il paziente di evitare l'evento morte non fossero particolarmente elevate (non diversamente stimate dal C.T.U. e valutate dal giudice con un valore percentuale di 20%).

Pertanto, con riferimento al danno non patrimoniale, risarcibile *iure hereditatis* la quantificazione avveniva in via meramente equitativa in una somma pari a euro 3.000,00 complessivi.

Il giudice, infatti, nell'interpretare gli indirizzi della Cassazione dell'epoca, riteneva non corretto prendere come parametro i valori suggeriti dalle tabelle milanesi per il danno biologico.

Diversamente, invece, per la stima del danno da uccisione del prossimo congiunto subito dagli attori *iure proprio*, assumeva a riferimento le tabelle di Milano, personalizzando la somma alla luce dell'età del *de cuius* (circa 41) e della circostanza che lo stesso conviveva con la moglie e i due figli, e riducendola infine nella misura percentuale del 20%.

### ***Tribunale Busto Arstizio. Sent. 10/11/2009***

Con questa pronuncia il Tribunale di Busto Arstizio ha condannato l'ente convenuto al pagamento dei danni subiti dalle attrici *iure hereditario* in conseguenza del decesso del loro congiunto

A sostegno della domanda le attrici deducevano che il 10/11/2004 il *de cuius* si sottoponeva a visita specialistica presso l'Istituto Mater Domini di Castellanza ove gli venivano prescritti ulteriori accertamenti e che in esito ad arteriografia il paziente

apprendeva di avere alcune occlusioni alla aorta. Il 5/01/2005 U.R. si recava presso l'Istituto convenuto per eseguire ulteriori esami prodromici all'intervento e in tale occasione chiedeva quali complicanze si sarebbero potute verificare. Il medico indicava quale unica possibile complicanza problemi di erezione. Eseguiti gli esami in data 31/01/2005 U.R. l'uomo veniva ricoverato ed in data 1/02/2005 veniva sottoposto all'intervento di angioplastica durante il quale si verificava la rottura dell'iliaca esterna. In data 3/02/2005 il paziente veniva dimesso dal reparto di terapia intensiva ove era stato ricoverato dopo l'intervento e trasferito presso il reparto di chirurgia vascolare. A partire da tale data iniziavano a mostrarsi dei sintomi di peggioramento (l'addome cominciava a presentare gonfiore, si verificavano anche evacuazioni diarroidiche), ma, nonostante ciò, parte ricorrente affermava che in data 11/02/2005 nonostante il congiunto veniva dimesso.

Durante quella stessa notte, le condizioni del paziente peggioravano ulteriormente tanto che il giorno successivo su suggerimento della dottoressa, contattata telefonicamente dalla figlia, i parenti chiedevano l'intervento del 118. Il paziente veniva trasferito presso il pronto soccorso di un diverso ospedale, dove perdeva conoscenza e decedeva poche ore dopo. Parte attrice agiva dunque in giudizio lamentando l'inadempimento medico, concretizzatosi nella imprudente e negligente dimissione del paziente.

Richiesta una CTU, emergevano dei profili di negligenza nella condotta posta in essere dagli operatori sanitari durante la fase post-operatoria, dal momento che vi era stata una carenza di sorveglianza e una eccessiva rapidità nel processo dimissivo. I medici, infatti, non avevano dato sufficiente peso ai sintomi manifestati dal paziente dopo l'intervento, che in realtà, se accuratamente vagliati, avrebbero potuto portare alla diagnosi di infarto intestinale che il paziente aveva in atto e che era stata poi la causa della morte.

Il mancato rilievo di tale sintomatologia costituiva una grave imperizia del personale medico, aggravata ulteriormente alla luce delle dimissioni del paziente, disposte senza che venisse sottoposto ad ulteriori accertamenti.

Tuttavia, il consulente, pur riconoscendo un innegabile rapporto di causalità tra l'operato dei sanitari nel post - chirurgico ed il decesso del signor U.R. riferiva come tale nesso potesse essere individuato solo nell'ottica di una perdita di chance di guarigione. Concludeva, infatti, che una diagnosi della complicanza avrebbe potuto indurre i sanitari a sottoporre il paziente all'intervento di resezione parte necrotica intestinale, che, essendo ad alto rischio avrebbe esclusivamente garantito al paziente una chance di guarigione di circa il 25-30%.

Alla luce di tali considerazioni, il Tribunale stimava in via meramente equitativa il danno da perdita di chance di sopravvivenza subito in euro 140.000,00.

### ***Tribunale Arezzo. Sentenza del 3/04/2012***

La vicenda clinica affrontata dal tribunale di Arezzo nella sentenza del 3 /04/2012 è quella di una ragazza, dodicenne all'epoca dei fatti, che nell'estate del 1998 aveva cominciato ad accusare un malessere generale accompagnato da episodi di epistassi e

da forti fitte al fianco.

Nonostante le numerose visite, il medico di famiglia non procedeva ad una analisi accurata dei sintomi, limitandosi a prescrivere antistaminici e una visita specialistica allergologica, al termine della quale veniva diagnosticata una rinite allergica da acari domestici. Essendosi tuttavia aggravata la sintomatologia della ragazza, erano state condotte ulteriori visite da parte del medico, che però non aveva mai aderito alle richieste rivoltegli dai genitori di effettuare analisi più approfondite.

Nella sera del 25/02/1999, a seguito di un consulto urgente con un diverso dottore, la ragazza veniva condotta al pronto soccorso presso l'ospedale di Arezzo, dove veniva ricoverata immediatamente per insufficienza renale acuta e grave anemia. Veniva poi tempestivamente trasferita presso l'ospedale di Genova, dove giungeva con un quadro patologico *the end stage renal disease*.

Da quel momento la giovane veniva sottoposta ad una dialisi destinata a durare fino alla data 6 giugno 2001, data in cui venne eseguito un trapianto renale.

Dall'esame espletato dal C.T.U., emergeva come l'inizio della malattia fosse collocabile intorno all'aprile del 1998 e come il medico di famiglia *"avrebbe potuto sospettare una malattia 'seria' nel luglio 1998 ovvero quattro mesi dopo la probabile effettiva insorgenza della malattia"*.

Di conseguenza, veniva evidenziato come *"in quel periodo la esecuzione di un semplice esame emocromo avrebbe potuto evidenziare l'anemia e avrebbe indicato la successiva esecuzione di tutti gli altri accertamenti che avrebbero portato alla corretta diagnosi"*, cosicché *"il ritardo diagnostico può essere stimato in almeno sette mesi"*;

Tuttavia, circa le possibilità di evitare, mediante una tempestiva terapia, l'evoluzione della patologia fino alla soluzione del trapianto, i C.T.U. avevano concluso che *"può solo genericamente indicarsi che una eventuale diagnosi precoce avrebbe consentito di instaurare una terapia adeguata che, se efficace, non è detto che avrebbe evitato il trapianto renale ma lo avrebbe comunque procrastinato di alcuni anni"* e *"comunque il tipo di terapia richiesta (che consta di cicli di 6 mesi - 1 anno) avrebbe condotto ad una significativa incidenza sulla autonomia e sulla vita di relazione della perizianda"*, fermo restando che *"il trapianto renale risulta atto terapeutico indispensabile in almeno il 50-60% dei casi"*.

Alla luce delle conclusioni della C.T.U., l'ipotesi che l'anticipazione del trattamento farmacologico avrebbe evitato la necessità del trapianto risulta *"meno probabile"* dell'ipotesi contraria, per cui è esclusa l'esistenza di un nesso causale fra l'inadempimento colposo del medico e la perdita irreversibile della funzionalità renale da parte della ragazza.

Ciò nonostante, la giovane ha sicuramente perduto, per effetto di detta condotta colposa, delle opportunità di cura che ancora indubbiamente aveva (che vengono stimate al 30%).

Il risarcimento del danno viene fissato equitativamente dal giudice ad una somma di 100.000,00, comprensivo del danno da perdita di chance "e delle ripercussioni psichiche negative (in termini di sofferenza duratura) necessariamente connesse alla consapevolezza maturata nella paziente di avere perso, a causa dell'omissione colposa

del S., concrete possibilità di cura”

***Tribunale Arezzo. Sent. 05/09/2013 n.881***

Si tratta di una pronuncia con cui il Tribunale ha riconosciuto la responsabilità dell'Azienda Ospedaliera in ordine ai danni conseguiti, iure hereditario, dagli attori a causa della non adeguata assistenza prestata alla loro congiunta in occasione del ricovero ospedaliero protrattosi dal 06/11/2008 al 5/12/2008.

Gli attori deducevano che la madre era ricoverata d'urgenza per una sindrome convulsiva, poiché presentava, dal pomeriggio del 06/11/08, gravi problemi addominali. I sanitari, avendo escluso l'ipotesi di "ileo occluso", intraprendevano una terapia farmacologica con somministrazione di DEVRIDAT e nei giorni successivi mantenevano un atteggiamento attendistico. Solo in data 14 novembre, la donna veniva sottoposta ad una TAC e successivamente ad un intervento chirurgico urgente con cui le veniva asportata la maggior parte dell'intestino. In data 27 e 29 novembre venivano effettuati altri due interventi, a seguito dei quali la paziente decedeva.

Gli attori lamentavano l'eccessiva superficialità con cui i medici avevano analizzato i sintomi della paziente, dal momento che non era stato tenuto in debita considerazione il fatto che la donna aveva subito 10 anni prima un intervento di asportazione del colon che nella maggior parte dei casi provoca aderenze intestinali che si manifestano negli anni a seguire con sintomi e segni di ileo-meccanico.

Inoltre, la donna era stata considerata ingiustificatamente e per un periodo troppo lungo una paziente di non pertinenza chirurgica, motivo per cui era stata sottoposta con un eccessivo ritardo all'intervento chirurgico di cui effettivamente necessitava. Infine, era contestata anche la scelta della strategia chirurgica, da cui erano discese poi le complicazioni che avevano portato all'esecuzione di due ulteriori interventi chirurgici.

All'esito delle operazioni di consulenza, il c.t.u. osservava come l'analisi del quadro clinico della donna fosse stata inaccurata ed incompleta, dal momento che i sintomi da lei lamentati e l'esistenza di un precedente intervento avrebbero dovuto far propendere la diagnosi verso un ileo paralitico e non, come invece è stato, verso un'occlusione meccanica. La condotta, già di per sé negligente, era inoltre stata inadeguata alla luce degli sporadici controlli delle condizioni della paziente, la quale necessitava di un intervento chirurgico tempestivo.

Le gravi inadempienze poste in essere avevano comportato quindi la perdita per la paziente di quelle chances di guarigione che un tempestivo intervento chirurgico le avrebbe potuto potenzialmente garantire. Non veniva invece ravvisato alcun profilo di negligenza nell'esecuzione dell'intervento, posto che le complicazioni da esso scaturite erano dipese esclusivamente dalle gravi condizioni di salute in cui la donna si trovava nel momento in cui era stata operata.

Date le conclusioni della c.t.u., il giudice ha ritenuto che l'unico danno risarcibile fosse quello di perdita di chance di guarigione, il cui ammontare veniva valutato con una valutazione puramente equitativa in un importo complessivo di euro 10.000.



***Tribunale Roma. Sent. 13/01/2016 n.556***

La sentenza in esame riguarda l'accertamento della responsabilità dei convenuti per i danni patiti dagli eredi di un defunto in conseguenza dell'inadempimento delle prestazioni sanitarie erogate al loro congiunto da cui era dipesa la lesione dell'integrità psico-fisica del paziente, l'aggravamento delle sue condizioni di salute, l'insorgenza di nuove patologie, perdita di chances e decesso.

Gli attori esponevano che il paziente era stato ricoverato il 24/11/2000, per arteriopatia obliterante agli arti inferiori, e che il 30/11/2000 era stato sottoposto ad intervento di innesto aortobifemorale.

Nel corso dell'operazione era intervenuta un'emorragia acuta per lacerazione della milza, che aveva reso necessario l'intervento secondario di splenectomia, e richiesto due trasfusioni nella stessa data, oltre ad altre trasfusioni praticate nei giorni 3 e 4/12/2000.

Dimesso il 9/12/2000, il paziente, accusando nei mesi successivi disturbi alla deambulazione, era stato sottoposto ad altre visite in esito alle quali era stato ritenuto necessario intervento di sostituzione della protesi per l'esecuzione del quale era stato disposto nuovo ricovero, dal 14 al 27/11/2001, nel corso del quale era stata accertata ostruzione all'origine della branca sinistra.

Il 22/11/2001 subiva quindi un intervento chirurgico di disostruzione della branca sinistra e angioplastica.

Il 24/03/2003, evidenziando prurito intenso agli arti inferiori, veniva sottoposto a sola visita allergologica, con esito negativo.

In vacanza in Trentino, colto da un malore improvviso, il 24/07/2003, si era recato al pronto soccorso del presidio ospedaliero, dove, sottoposto ad esame obiettivo, a una serie di esami e consulenze specialistiche, veniva ricoverato con diagnosi di episodio sincope di verosimile origine vagale.

Il 25/07/2003 era dimesso con prescrizione di idratazione, riposo e monitoraggio.

Il 25/10/2003, manifestata forte febbre accompagnata da dolore in regione inguinale, con la comparsa di una tumefazione calda nella stessa zona e petecchie alla pianta del piede sinistro, era trasportato al pronto soccorso, su disposizione della guardia medica, poi rimandato a casa per mancanza di posto letto, ritenuto l'episodio riconducibile ad un problema alla protesi aortica ma di natura non urgente.

L'indomani persistendo sintomatologia, si era recato al medesimo pronto soccorso dove ne veniva disposto il ricovero con diagnosi di infezione alla branca protesica sinistra.

Sottoposto ad una serie di controlli ed esami che avevano evidenziato, tra l'altro, l'ostruzione della branca sinistra, nonché la presenza di petecchie di colore rosso bluastrò al IV e V dito del piede sinistro ed una tumefazione in regione inguinale sinistra calda e dolente, che era maturata al punto tale da produrre la rottura ascessuale, era data indicazione di intervento di espanto della branca protesica sinistra e ricostruzione dell'arteria femorale, eseguito il 5/11/2003 con emotrasfusioni e trattamento farmacologico, per rischio infezione protesica.

Agli esami pre-anestesiologici eseguiti immediatamente prima dell'intervento, il

4/11/2003, era risultato negativo all'epatite. La dimissione era avvenuta il 19/11/2003. Avendo il controllo radiologico (TAC del 26/01/2004) messo in evidenza l'adesione della terza porzione del duodeno all'aorta addominale, il paziente era stato indirizzato al Dipartimento Malattie Infettive e Tropicali del medesimo Policlinico, dove veniva ricoverato in data 30/01/2004.

Dagli esami effettuati durante il ricovero era stata evidenziata, tra l'altro, la presenza di un processo flogistico leucocito-mediato in sede para-ombelicale sinistra, in corrispondenza della biforcazione aorta-iliaca.

Il 9/2/2004, a seguito di esame specialistico il paziente era risultato, per la prima volta, positivo all'epatite C, e poi era stato dimesso in data 12/02/2003 con prescrizione di terapia farmacologica.

In data 1/03/2004 era stato nuovamente ricoverato presso la Divisione Malattie Infettive per sospetta infezione protesica, e qui, riscontrato l'aumento di volume dell'arto destro che si presentava caldo e rosso, venivano disposti una serie di esami clinici (in specie TAC che confermava esiti di esame analogo del 26/01/2004).

Il consulto della Chirurgia Vascolare dava indicazione per un nuovo intervento chirurgico, eseguito il 15/3/2004, di espianco della protesi aortofemorale destra, legatura dell'aorta sotto-renale con confezionamento di by-pass axillo femorale destro. In sede di intervento era stato constatato che la protesi destra si presentava quasi del tutto adesa allo stomaco.

Dopo l'operazione gli era stata somministrata terapia per infezione da Candida glabrata.

Il 2/04/2004 era dimesso.

Ai controlli successivi, persistevano disturbi agli arti inferiori, limitata autonomia di marcia.

Il 30/06/2004 la comparsa di un dolore al fianco sinistro, dava indicazione per ecografia all'addome superiore per studiare la tumefazione profonda apprezzabile all'esame obiettivo, in corrispondenza del dolore lamentato dal paziente: l'esame era eseguito il 16/07/04 ma non riportato in cartella.

Il 10/07/2005, in vacanza a Merano, l'uomo si era rivolto al Pronto Soccorso dell'ospedale locale per un dolore acuto al fianco sinistro, trattato dal sanitario di turno come "lumbago".

Il 13/07/05, in seguito ad episodio di grave malessere, accompagnato da nausea, sudorazione, perdita di urina, dolore acuto al fianco e perdita di coscienza, era stato ricoverato presso il reparto di Medicina, da dove tuttavia, (nonostante gli esami radiologici avessero rilevato, tra l'altro, l'occlusione completa dell'aorta addominale infrarenale, la mancanza di irrorazione delle arterie iliache, con sospetta occlusione del by-pass e presenza di linfonodi e surrene sinistro patologicamente ingranditi), era stato comunque dimesso il giorno successivo con diagnosi di disfunzione riflessa simpatico mediata.

La moglie aveva deciso di riportarlo d'urgenza presso la propria abitazione.

Durante il viaggio in auto il paziente, evidenziati i medesimi sintomi di sofferenza di qualche giorno prima, aveva perso conoscenza pertanto, d'urgenza e in ambulanza, era

trasportato dapprima presso l'ospedale di Orvieto, e poi presso l'ospedale di Terni, quale struttura più vicina fornita di endoscopia d'urgenza dove, giunto in gravissime condizioni e con emorragia interna in atto, era stato intubato e sottoposto invano a intervento d'urgenza, ma decedeva in data 16/07/2005.

Pertanto, lamentando la colpa medica e la mancanza di consenso informato, gli attori avevano chiesto il risarcimento di tutti i danni ricollegabili agli impedimenti funzionali e alle deteriorate condizioni di salute conseguenti agli interventi subiti, nonché alla continua spedalizzazione dello stesso e relativi all'insorgenza della invalidità permanente al 100% e al peggioramento irreversibile della sua qualità di vita, perdita di chances fino al decesso.

Il CTU, interpellato, non rintracciava profili di negligenza nella condotta tenuta dai sanitari dell'ospedale di Trento, così come non ne individuava con riferimento alle modalità di esecuzione dell'intervento di asportazione della branca protesica infetta.

Diversamente, invece, si riscontravano errori nelle prestazioni sanitarie con riferimento alla contrazione dell'epatite C, in seguito a emotrasfusione.

Il CTU indicava, come possibile causa della contrazione del virus, le trasfusioni di sangue e plasma praticate in occasione del primo ricovero del paziente (durato dal 26/10/2003 al 19/11/2003), anche in considerazione del fatto che, nonostante le trasfusioni fossero state praticate con sacche di sangue controllate e certificate dal Centro Trasfusionale, non è reperibile in atti uno studio sui donatori tale da consentire di escludere che il prelievo dai donatori stessi fosse avvenuto nel "periodo finestra" in cui l'infezione non è comunque rilevabile ai controlli.

Inoltre, la CTU aveva rilevato dei profili di negligenza anche con riferimento alle prestazioni sanitarie poste in essere da parte dei medici durante il periodo in cui il paziente era stato ricoverato presso l'ospedale di Merano, data la superficialità della diagnosi e l'inidoneità del trattamento offertogli. Infatti, al primo accesso, non erano stati eseguiti esami strumentali adeguati e, al secondo accesso, pur avendo eseguito esami ematochimici e tc addome, i medici non erano comunque stati in grado di riconoscere la sospetta flogosi in atto nella regione aorto duodenale.

Una maggior prudenza e adeguata attenzione ai segni clinici, avrebbero diversamente dovuto indurre i sanitari a ricoverare il paziente in reparto specialistico piuttosto che dimetterlo con diagnosi di disfunzione riflessa simpatico mediata.

L'apertura della fistola aortica, tuttavia, rappresentava "un evento altamente grave che, se già si verifica in ambito ospedaliero costituisce una indicazione chirurgica in emergenza improcrastinabile con scarsissime possibilità di risoluzione (mortalità di circa il 90% dei casi) a causa della imponente emorragia che si verifica".

In sintesi, il CTU aveva concluso nel senso di imputare il danno biologico conseguente alla contrazione dell'epatite C alla negligenza della struttura sanitaria che aveva disposto le trasfusioni; e il danno da perdita di chance di guarigione all'inadempimento dei medici dell'ospedale di Merano.

Con specifico riferimento al danno da perdita delle chance di guarigione, comunque non particolarmente elevate poiché stimate al 10%, il giudice decide di liquidare in via puramente equitativa, in euro 40.000,00.

### ***Tribunale Como. Sentenza 23/06/2016***

La controversia a cui la sentenza inerisce ha ad oggetto l'accertamento della responsabilità dell'ente convenuto, in relazione all'erroneo ed insufficiente trattamento medico-sanitario offerto ad una paziente, deceduta appena due giorni dopo la sua dimissione, a causa della insorgenza di una grave infezione.

La donna, recatasi in pronto soccorso per via di ematoma post-traumatico alla gamba destra in data 14/08/2009, veniva ricoverata per circa due settimane, fino al 26/08/2009, quando veniva infine dimessa. I medici, infatti, avevano gravemente trascurato il fatto che la donna presentava gravi segni di alterazione che invece li avrebbero dovuto indurre ad ipotizzare la presenza di complicanze settiche. Le stesse che ne causavano il decesso due giorni dopo.

Gli attori, i figli della defunta, agivano quindi in giudizio avanzato richiesta di risarcimento del danno da perdita di chance di guarigione.

Il c.t.u. affermava chiaramente che *"una assistenza sanitaria più attenta e prudente e una nuova stadiazione della paziente molto probabilmente avrebbero consentito di identificare più tempestivamente i segni della sepsi e di impostare un'adeguata terapia antibiotica con maggiore anticipo"*, nonché che *"in presenza di numerosi fattori di rischio per complicanze settiche (età avanzata, patologie di base, recente trattamento chirurgico di una lesione traumatica) e di fronte alla ricomparsa di febbre nelle giornate del 25 e del 26.08.2009 sarebbe stato più prudente proseguire il ricovero ospedaliero ed eseguire approfondimenti diagnostici specifici."*

Alla luce di tali elementi, si giungeva alla conclusione che il suddetto contegno omissivo avesse determinato *"una riduzione delle chances di sopravvivenza che con una terapia antibiotica sarebbero state senza dubbio maggiori"*

In altre parole, veniva accertato che l'incongruo ed imprudente trattamento medico, culminato in una tempestiva e superficiale dimissione del 26.08.2009, non era stato la causa diretta della morte, ma aveva comunque privato la paziente di apprezzabili chances di guarigione, la cui quantificazione tuttavia, soprattutto in ragione della età molto avanzata della paziente e del suo stato complessivo di salute già notevolmente compromesso, non aveva modo di trovare espressione in termini percentuali.

Pertanto, tenuto conto del pregresso stato di salute della paziente, affetta da alcune patologie croniche, dell'età molto avanzata ed infine dell'evento traumatico che ne aveva determinato l'ingresso in ospedale il giorno del ricovero, veniva riconosciuta la somma complessiva stimata in via equitativa ex artt. 1226 e 2056 c.c. di € 15.000,00, da ripartirsi in quote uguali tra gli attori.

### ***Tribunale sez. VIII – Napoli. Sentenza 27/04/2016, n. 5256***

I fatti oggetto di accertamento della sentenza 24/07/2016 risalgono all'ottobre del 2004, quando un uomo, affetto da cardiopatia, dopo essersi sottoposto a cure ed interventi odontoiatrici presso lo studio medico convenuto, contraeva un'infezione da Stafilococco Aureo che gli faceva sviluppare una endocardite batterica.

Il paziente, in data 16/10/2004, veniva quindi ricoverato presso il nosocomio e nel

medesimo giorno, dopo regolari dimissioni delle ore 22,45, veniva trasferito in un diverso ospedale con diagnosi di ingresso "*ematomi intracerebrali*"; in data 20/10/2004, ivi decedeva.

L'attore, in quanto erede del de cuius, agiva in giudizio per ottenere l'accertamento della responsabilità del decesso del germano, la cui causa riteneva ascrivibile sia alla condotta del professionista durante i circa due anni di cure odontoiatriche, sia all'ASL a causa del ritardo di diagnosi di cui si sarebbero resi responsabili i sanitari della medesima, in costanza dei quattro giorni di ricovero.

Alla luce dell'analisi condotta dal C.T.U, tuttavia, gli unici elementi di censura, nel caso concreto ravvisabili, potevano essere addebitati ai sanitari dell'Ospedale per il mancato trasferimento del paziente in un reparto di terapia intensiva e rianimazione, resosi necessario a partire dall'aggravamento dei sintomi verificatosi in data 19/10/2004.

Infatti, in base a quanto ritenuto dal C.T.U. non sarebbero ravvisabili altri profili di imperizia o negligenza né nelle condotte mediche tenute dal professionista odontoiatra che aveva avuto in cura per i due anni antecedenti il de cuius, né nelle condotte tenute dai sanitari antecedenti al giorno 19/10/2004.

Solo a partire dall'aggravamento dei sintomi verificatosi in detta data, i medici avrebbe dovuto disporre un tempestivo trasferimento nel reparto di terapia intensiva. Ciò nonostante, il C.T.U. sottolineava che, date le critiche condizioni cliniche del paziente, il trasferimento in terapia intensiva e/o rianimatoria non avrebbe garantito una guarigione certa dello stesso ma avrebbe semplicemente preservato le minime chances che egli aveva di evitare l'evento morte.

In ragione di ciò, tenuto conto dell'età del paziente al momento del decesso e della situazione, anche in relazione alle patologie complessive, evidenziato che la liquidazione del danno da perdita di chance di guarigione, doveva ovviamente essere inferiore a quella minima prevista per il danno della perdita della vita, e ragionevolmente minore della metà di tale danno; il giudice liquidava ex art. 1226 c.c., un risarcimento del danno da perdita di chance di guarigione del de cuius in E 20.000 iure hereditario.

### ***Tribunale Benevento. Sentenza 29/12/2017 n. 2293***

L'ipotesi in esame afferisce ad una richiesta di risarcimento del danno partito da parte attrice a causa dell'inadempimento dei sanitari che la ebbero in cura in occasione del suo ricovero.

A fondamento della avanzata pretesa risarcitoria, l'attore assumeva che 1/11/2007, dopo due precedenti accessi al P.S. e in concomitanza con un progressivo peggioramento della sintomatologia lamentata, era stato ricoverato per la persistenza di "parestesie a guanto bilaterali e deficit scenico". Dopo l'accesso era stata formulata una diagnosi di "sospetta sindrome di Guillan-Barrè" la quale era stata confermata dagli accertamenti specialistici successivi e trattata con terapia mediante immunoglobuline e successivamente mediante 6 sedute di plasmaferesi con albumina. Le prime quattro sedute di plasmaferesi erano state eseguite mediante CVC (catetere venoso centrale), posizionato nella femorale sinistra in data 19/11/07 dal medico

neurologo presso il reparto di nefrologia.

Si assumeva che il 21 novembre il paziente (pur restando in nefrologia) era stato affidato ai medici della riabilitazione per il prosieguo del programma terapeutico inerente al deficit sensitivo motorio della poliradiculonevrite. In data 28/11/07 si era provveduto alla sostituzione del catetere che veniva poi rimosso definitivamente dalla sede femorale in data 30/11/07. Le ultime sedute di plasmaferesi erano state effettuate con prelievo dalle vene delle braccia, ma senza completare il ciclo previsto a causa della comparsa di una TVP (Trombosi Venosa Profonda) dell'asse iliaco femorale, che era stata confermata strutturalmente il 5.12.07 e trattata, secondo l'assunto dell'attore, inefficacemente dal medico vascolare solo con eparina a basso peso molecolare e calza elastica.

In citazione era dedotto che in data 20/12/2007 l'attore era stato dimesso con parziale recupero motorio e sensitivo, ma persistenza del deficit vascolare venoso già diagnosticato e quindi trasferito, ancora quasi immobile, presso un diverso centro. Veniva, poi, dimesso con parziale recupero clinico- funzionale persistendo i disturbi vascolari e neurologici. Proseguiva il percorso riabilitativo presso l'Ospedale in regime di day hospital e cominciava la terapia mediante somministrazione di Coumadin in data 28/03/2008.

Secondo l'assunto dell'attore, a seguito delle condotte poste in essere dai sanitari dell'azienda ospedaliera convenuta, egli non aveva mai più ripreso la funzionalità motoria dal momento che erano persistite le menomazioni gravi ed invalidanti, con condizione gravemente limitata sia nelle prestazioni motorie sia in quelle relazionali. L'attore assumeva che, nel caso di specie, si poteva ravvisare la responsabilità dei convenuti in quanto la sfavorevole e pregiudizievole insorgenza ed evoluzione della trombosi venosa profonda (che lo aveva colpito, con peggioramento della situazione clinica) e la condizione gravemente limitata che ne era derivata, (sia nelle prestazioni motorie sia in quelle relazionali) era da ascrivere alla negligenza, imprudenza ed imperizia dei medici dell'Ospedale. In particolare, contestava l'operato di quei sanitari che avevano eseguito la scelta di sede inappropriata e l'errato posizionamento del CVC nonché di quelli che non avevano tempestivamente prescritto una adeguata terapia profilattica antitrombotica. Secondo l'attore, inoltre, le cure prestate successivamente all'insorgenza della trombosi venosa non erano state tempestive atteso che il trattamento della patologia era consistito esclusivamente nella somministrazione di eparina a basso peso molecolare fino al 28/03/2008 quando finalmente iniziava, con eccessivo ritardo, il trattamento appropriato con il farmaco Coumadin.

Dalla C.T.U. disposta, tuttavia, non emergeva alcun tipo di negligenza o imperizia in relazione al posizionamento del CVC, dal momento che quella operata dai sanitari appariva indubbiamente la scelta più corretta rispetto al caso in esame.

Le uniche censure che potevano essere mosse attenevano alla scelta del trattamento antibiotico. Il CTU ha evidenziato che, nel caso di specie, i sanitari utilizzavano quale profilassi per la trombosi venosa profonda soltanto la calza a compressione graduata, omettendo fino al 21/11/2007 di inserire la terapia anticoagulante con Clexane 4000. La terapia farmacologica aveva avuto tra l'altro inizio dopo il posizionamento del CVC

nella femorale sinistra nella data del 19/11/2007. Alla luce delle considerazioni espresse dal CTU, si riteneva che una adeguata e tempestiva terapia antitrombotica da praticare sin dall'inizio del periodo di ricovero o comunque già alla data del 19/11/2007 in cui veniva posizionato il CVC nella femorale sinistra avrebbe reso meno probabile la verificazione dell'evento negativo e cioè l'insorgenza della trombosi venosa profonda. Tuttavia, come evidenziato dal CTU la patologia non veniva prevenuta con adeguata terapia anticoagulante, la quale non si può dire con certezza che avrebbe evitato l'evento, ma avrebbe reso meno probabile il verificarsi dell'evento stesso. Si configura, pertanto, nel caso di specie una perdita di chance e cioè la perdita concreta ed effettiva di una possibilità di cura e quindi di conseguire un risultato utile.

Pertanto, nel caso di specie, come emerso dagli accertamenti tecnici, non sussistevano elementi per poter affermare che, nel caso di specie, fosse certo o "più probabile che non" che una profilassi antitrombotica farmacologica tempestiva avrebbe evitato l'insorgenza della trombosi venosa profonda, potendosi dunque semplicemente era stata solo una riduzione delle chance del paziente di evitare i danni alla salute da cui è rimasto affetto.

Il danno da perdita di chance di cui l'attore ha chiesto il risarcimento viene liquidato dal giudice in via equitativa, tenendo conto dell'età del danneggiato all'epoca della verificazione dell'evento lesivo (anni 59) e del danno alla salute di cui l'attore era rimasto affetto, stimato dal CTU in termini di danno biologico nella misura del 15-20%, nella misura di euro 18.000,00 liquidato all'attualità.

#### ***Tribunale Lucca 27/02/2019 n.304***

I fatti oggetto di accertamento della presente sentenza ineriscono al lasso di tempo intercorso fra il 30/09/2004, la data in cui la vittima cadeva accidentalmente dalle scale della propria abitazione, riportando un forte trauma all'anca destra, al 6/10/2004, giorno in cui invece la donna decedeva.

Veniva esposto dagli attori, gli eredi, che, dopo la caduta, la donna era stata condotta al Pronto Soccorso, ove veniva sottoposta ad accertamenti che evidenziavano una frattura spinoide sottotroncaterica del femore destro. Pertanto, la donna veniva ricoverata e nei giorni successivi sottoposta ad ulteriori esami di laboratorio ed EC. In data 6/10 veniva eseguito l'intervento di innesto di un chiodo gamba lungo: l'operazione iniziava alle ore 15.30 circa del giorno 06/10/2004 e terminava alle ore 18.00 con ritorno della paziente in reparto alle ore 19.00 circa. La sig.ra G. accusava poco dopo forti dolori allo stomaco, evidenziando anche un anomalo rigonfiamento del braccio nel punto in cui vi era la flebo; e verso le ore 21.00, i suoi familiari notavano una rilevante pozza di sangue nel letto e chiamavano subito le infermiere di turno, le quali provvedevano a portare la strumentazione per un elettrocardiogramma. Alle 21.15 le infermiere provvedevano ad una trasfusione di una sacca di sangue in vena e poco prima delle 22.00 arrivavano due medici e due anestesisti che intervenivano sulla paziente nel tentativo di accelerare con alcune manovre l'immissione del sangue in vena, e disponevano poi per il trasferimento di quest'ultima nel reparto rianimazione. Alle ore 02.02 avveniva il decesso della donna.

Dal momento che rispetto alla vicenda in esame, era stato avviato anche un procedimento penale, il giudice civile faceva proprie le considerazioni offerte dal c.t.u. in quella diversa sede.

Per quanto fosse stata constatata l'impossibilità di censurare le condotte sanitarie su di un piano tecnico per quanto concerneva l'operazione, era stato invece contestato il contegno tenuto nella fase post-operatoria, a causa della disorganica compilazione della cartella clinica. Dalla documentazione, infatti, emergeva che il giorno prima dell'intervento erano stati effettuati indagini di laboratorio che evidenziavano un valore di emoglobina di 8,4 g/dl, motivo per cui la donna era stata sottoposta a due trasfusioni di sangue.

Il giorno dell'intervento alle 15 e 30 veniva rilevata un'emoglobina di 8,4 che verosimilmente induceva i sanitari ad effettuare terapie di trasfusione in sala operatoria. Nelle ore successive all'intervento si evidenziava una forte anemizzazione in corso, che avrebbe dovuto indurre i sanitari a effettuare una più tempestiva trasfusione di sangue con concreta riduzione delle probabilità di manifestazione dello shock ipovolemico che aveva poi condotto la paziente alla morte.

La carenza di tempestività nella risoluzione delle complicanze sviluppatesi nel post-operatorio avevano comportato una perdita per la paziente di concrete possibilità di evitare l'evento morte, quantificate fra il 40 e il 50%.

Con riferimento specifico al danno da perdita di chance risarcito iure hereditatis, il giudice procede ad una quantificazione meramente equitativa in ragione dell'età della donna e delle condizioni di salute pregresse, liquidando una somma complessiva di euro 50.000.

#### ***Tribunale Roma. Sentenza 03/04/2020 n.5749***

Con sentenza resa il 3/04/2020, trova accoglimento pretesa di parte attrice, che in qualità di erede, agiva contro l'ente che aveva avuto la congiunta in cura, al fine di ottenere il risarcimento del danno da perdita di chance di guarigione cagionato dalla negligenza degli operatori sanitari.

Infatti, in data 11/10/2013, la paziente veniva trasportata d'urgenza al pronto soccorso, a causa di un trauma riportato alla spalla destra e all'arto superiore destro per una caduta accidentale in casa, e, dopo l'esecuzione di alcuni esami, veniva trasferita presso il reparto di medicina interna del medesimo Ospedale ove permaneva sino alla data delle dimissioni avvenuto in data 06/11/2013.

In data 2/01/2014 la donna, al seguito della manifestazione di una sindrome ansioso depressiva con disturbo tremorigeno, veniva immediatamente ricoverata presso il reparto di neurologia. Nel corso della degenza, emergeva l'esistenza di un'infezione alle vie urinarie che veniva trattata con terapia antibiotica sino al 13/10/2014, data in cui la paziente veniva trasferita nel reparto di riabilitazione della medesima struttura.

Solo in data 31/01/2014, al manifestarsi di alcuni sintomi ritenuti di natura influenzale, si era proceduto ad ulteriori accertamenti e alla ripresa della cura antibiotica, a quel punto del tutto inefficace dato che due giorni dopo la paziente decedeva.

Le censure mosse avverso le condotte sanitarie si articolavano in tutte le dimensioni



proprie dell'attività diagnostica e, conseguentemente, trattamentale: veniva dedotto non solo il ritardo di 4- 5 giorni nella formulazione della diagnosi, ma anche l'errata individuazione del trattamento da adottare, da cui sarebbe poi dipesa la progressione dell'infezione verso la forma clinica più grave.

Dalla cartella clinica relativa al periodo di ricovero presso il Neurological Center of Latium emergeva, infatti, che già in 26/01/2014 si fossero manifestati nella paziente indicatori dell'infezione e che, tuttavia, solo in data 31/01/2014 i medici avevano avviato la somministrazione antibiotica. Inoltre, dalla scelta del farmaco traspariva una non corretta individuazione del tipo di infezione stessa.

I CTU, confermando l'inadempimento medico per come lamentato da parte attrice, ne avevano tuttavia escluso la diretta incidenza causale rispetto al decesso della paziente. Infatti, la relazione concludeva nel senso che *"l'infezione in questione presenta una considerevole intrinseca mortalità nelle sue espressioni cliniche più gravi, per cui si ritiene che l'evento morte avrebbe potuto verificarsi anche in assenza degli errori comportamentali evidenziati"*.

Veniva, però, altresì constatato che *"l'indebito differimento della diagnosi e del trattamento, sebbene solo di alcuni giorni, considerando la rapidità con cui le forme di questo tipo di infezione tendono ad evolvere nei soggetti anziani verso le forme cliniche prognosticamente più impegnative ove non contrastate dai trattamenti specifici, ha compromesso le chances di sopravvivenza"*.

Pertanto, la condotta sanitaria, in quanto causativa, non dell'evento morte, ma del peggioramento dell'infezione fino alla sua forma più letale, ha direttamente comportato la perdita della paziente di concrete, per quanto minime, chance di guarigione.

Il risarcimento che viene quindi disposto a favore degli eredi veniva liquidato equitativamente nella somma complessiva di euro 90.000

### ***Tribunale Santa Maria Capua. Sentenza 23/04/2020, n.967***

La vicenda sottoposta all'analisi del tribunale di Santa Maria Capua inerisce ai fatti verificatisi a partire dal 7/11/2013 fino al 16/01/2014. Gli attori, in qualità di eredi, citavano in giudizio l'ente ospedaliero per le gravi inadempienze compiute dai sanitari che ebbero in cura il loro congiunto.

Esponavano che in data 7/11/2013 il de cuius veniva trasportato presso il pronto soccorso, dove veniva poi ricoverato senza che il personale medico in servizio eseguisse alcun approfondimento clinico o strumentale, venendo poi dimesso sei giorni dopo con diagnosi di TIA in cardiopatia intensiva e sindrome ansioso depressiva. Il 14/01/2014 l'uomo veniva nuovamente accompagnato presso il medesimo pronto soccorso dove restava privo di attente cure fino al giorno in cui veniva ricoverato in rianimazione e decedeva.

Parte attoria censurava quindi non solo la carenza assistenziale verificata sia nel corso del primo ricovero e culminata in una errata dimissione, ma anche le omissioni incorse nel secondo ricovero che avevano determinato il definitivo stato di peggioramento del paziente.

La perizia svolta dal CTU confermava la sussistenza della grave carenza assistenziale da parte del personale sanitario culminata in una dimissione al primo ricovero senza alcun approfondimento clinico. Secondo il C.T.U., il compimento del preventivo esame strutturale, che risultava imperativa alla luce dei sintomi del paziente ma che non era stato condotto, avrebbe consentito di evitare la sequenza patologica successiva, le complicanze correlate alla stessa e in definitiva il decesso del *de cuius*.

Viene poi specificato, alla luce delle condizioni di salute in cui versava il paziente, che da un lato la carenza assistenziale risultava sintomo di una condotta indubbiamente negligente, dall'altro impediva però di affermare con certezza che il corretto adempimento da parte dei sanitari avrebbe potuto impedire l'*exitus*.

Pertanto, si concludeva che la carenza assistenziale avesse cagionato al paziente una perdita di chances di evitare l'evento morte, quantificata intorno al 40%.

Il giudice, in accoglimento della pretesa attorea, quantifica il danno da perdita di chance, in via meramente equitativa, nella somma di euro 100.000 complessivi.

#### **4. La valutazione parametrata sul coefficiente di riduzione**

Il calcolare il risarcimento del danno in maniera parametrata al coefficiente di riduzione consiste in un approccio che prevede l'applicazione del valore percentuale della chance stimato dal C.T.U. agli importi suggeriti dalle tabelle milanesi.

Ciò comporta che, nei casi in cui viene accertata la perdita di chance di guarigione, al giudice si impongano due passaggi logici per giungere alla liquidazione del danno.

Il primo consistente nell'andare a identificare la somma che sarebbe altrimenti disposta se il danno risarcibile fosse quello da mancata realizzazione dell'evento. Il secondo dato dall'applicazione a tale risultato del valore percentuale con cui la chance perduta viene rappresentata. Il ricorso al calcolo probabilistico diviene così un imprescindibile strumento di gestione dell'incertezza circa il reale svolgimento degli eventi.<sup>112</sup>

Quindi, ponendo l'esempio di una perdita per il paziente della chance di evitare l'amputazione di un arto, il giudice andrà preliminarmente a quantificare il danno biologico risarcibile nel caso in cui fosse stata provata una diretta incidenza dell'inadempimento medico rispetto all'evento dannoso; e, in seconda battuta, applicherà il valore percentuale espresso dalla chance venuta meno.

Si tratta di una soluzione a cui, per come già evidenziato, le corti di merito iniziano ad aderire a partire dalla sentenza della Corte di Cassazione n.7195 del 2014. Infatti, sebbene in termini comunque un po' nebulosi, questa pronuncia lascia intendere che il *quantum* risarcibile nei casi di perdita di possibilità di guarigione o sopravvivenza debba essere ridotto alla luce dell'effettivo ammontare della chance perduta.

Impieghi più frequenti si sono registrati, tuttavia, a partire dal 2016.

L'analisi delle sentenze di merito, di seguito riproposta, evidenzia come il ricorso a tale approccio sia più frequente, e risulti più uniforme, in quelle ipotesi in cui la perdita di chance di guarigione si sostanzia nella possibilità di riportare postumi meno invalidanti.

---

<sup>112</sup> M. Parascandola, *Chances, Individuals and Toxic Torts*, in *Journal of Applied Philosophy*, 1997, 152.

In tali casi, infatti, i giudici individuano innanzitutto il c.d. danno differenziale, dato dallo scarto fra le invalidità concretamente riportate dal paziente e quelle di cui solo in via ipotetica avrebbe potuto diversamente soffrire.

La differenza viene quindi quantificata sulla base dei valori del danno biologico (temporaneo o permanente a seconda dei casi) prospettati dalle tabelle Milanesi ed infine ridotta in relazione alla percentuale di stima della chance perduta.

Invece, con riferimento a quelle fattispecie in cui l'*outcome* positivo corrisponde alla possibilità di evitare l'evento morte, emerge una maggiore disomogeneità non tanto nell'approccio, quanto più nell'individuazione del valore tabellare da assumere a riferimento.

Si anticipa, ad esempio, che Tribunale di Belluno, nella sentenza 31/05/2018 n.268, nella quantificazione del danno risarcito *iure hereditario* agli attori per la perdita di chance di guarigione del loro congiunto, ha assunto a riferimento l'importo massimo previsto dalle Tabelle Milanesi per la perdita di rapporto parentale, aumentato poi leggermente in considerazione del fatto che si trattava della liquidazione di un danno per perdita della propria vita.

### ***Tribunale Parma. Sent. n.751/2013***

La sentenza in esame rappresenta una delle prime decisioni in cui la quantificazione del danno è avvenuta attraverso l'impiego della percentuale della chance come coefficiente di riduzione.

Infatti, il giudice ha espressamente riconosciuto l'utilità di applicare anche all'ipotesi di liquidazione perdita di chance non patrimoniale un criterio di ragionamento analogo a quello applicato nella quantificazione del danno da perdita di chance patrimoniale.

Nel caso di specie parte attrice lamentava la colpevole omissione della diagnosi, da parte del medico, del processo morboso tumorale da cui la ricorrente era risultata affetta.

Esponeva l'attrice che il 24/01/01, veniva sottoposta a visita ginecologica e le veniva rilevata la presenza di un mioma uterino di circa 9 cm di diametro, consigliando l'esame di cavità.

Il 02/02/01, l'attrice viene quindi ricoverata con diagnosi di "episodi metrorragici recidivanti con anemizzazione secondaria in paziente portatrice di fibromatosi uterina" e viene eseguito esame di cavità (doc. n. 1 fasc. parte attrice).

Il 21/03/01, il ginecologo, preso atto dell'esito dell'esame, rilevava anemia, tumescenza uterina da probabili fibromi: prescrive terapia ormonale, riservandosi l'indicazione a intervento chirurgico.

Continuando a persistere la menometrorragia, il 25/03/2002, l'attrice veniva ricoverata, per sottoporsi a isterectomia, la cui diagnosi, pervenuta il 04/04/2002, era: "*cervicite cronica lieve. Adonomioma uterino. Endometrio di tipo proliferativo*".

Il 09/05/02, il dottore certificava la presenza di un tumore benigno. Dopo un iniziale sollievo, l'attrice si rivolgeva, all'inizio del 2004, nuovamente al ginecologo convenuto, che rilevava formazioni polipoidi della parete vaginale, programmando il ricovero all'Ospedale di Fidenza.

Il 15/10/2004, veniva eseguita una polipectomia vaginale.

Il 30/11/2004 venivano eseguite biopsie multiple del canale vaginale e si conferma la diagnosi del sarcoma.

La TAC del 27/12/2004 rilevava metastasi ed emboli neoplastici polmonari e adenomegalie addominali e il 06/05/05, l'attrice era sottoposta ad un impegnativo intervento chirurgico e, quindi, iniziava, un percorso chemioterapico.

Secondo la prospettiva degli attori, l'addebito da muovere ai convenuti consisteva nell'erronea diagnosi di un adenomioma (tumore benigno), in luogo di un sarcoma (tumore maligno), con conseguente drastica riduzione delle chances di sopravvivenza della paziente.

Il C.T.U. rilevava che la prestazione diagnostica eseguita era stata inadeguata e negligente. Infatti, sulla base dei dati risultanti dai diversi esami che erano stati condotti, un contegno prudente avrebbe imposto degli ulteriori accertamenti.

Il pregiudizio che è disceso alla donna non poteva, tuttavia, essere fatto coincidere con le difficili condizioni di salute in cui la donna si era venuta a trovare, che erano conseguenza del sarcoma. Si concretizzava piuttosto in un ritardo diagnostico, che ha consentito di individuare solo con notevole ritardo (due anni circa) il percorso terapeutico corretto contro la malattia da cui la stessa è affetta.

Da ciò era discesa una notevole riduzione delle chance di guarigione della paziente che, nella fase 1B sarebbero state pari al 60-70%, nella fase di IV stadio, in cui il sarcoma dell'attrice veniva effettivamente diagnosticato, diminuiscono al 30-25%.

Pertanto, l'inadempimento medico ha avuto come conseguenza la sottrazione di una chance di guarigione pari al 40%.

Alla luce delle considerazioni del CTU, il giudice, ritenendo sussistente tutti gli elementi costitutivi del danno da perdita di chance, condannato parte convenuta al risarcimento del danno.

La somma liquidata era pari a 86.435 euro. Tale importo corrispondeva al 30% del "controvalore ideale della perdita di una vita nei casi più gravi, individuato nelle tabelle Di Milano".

### ***Tribunale Lucca. Sent. 07/11/2014, n. 1695***

La sentenza in esame inerisce alla richiesta di risarcimento del danno da perdita di chance di guarigione patito da una paziente a causa dell'inadempimento dei sanitari che la ebbero in cura durante il ricovero avvenuto il 14/02/2007. I congiunti, agendo in giudizio in qualità di eredi, esponevano che in detta occasione, nonostante la segnalazione della presenza di dolore e limitazione funzionale all'anca sinistra, non era stato eseguito alcun accertamento strumentale, ulteriore rispetto al primo esame radiografico, idoneo a rilevare la presenza di una frattura del femore., i cui sintomi erano peraltro apparenti, evidenziando in tal modo una lacuna nel procedimento diagnostico, anche alla luce dei dati anamnestici e della radiografia effettuata.

Il mancato rilievo della patologia comportava un trattamento inadeguato nonché dannoso per la paziente che, come risulta dalla cartella clinica, durante la prima degenza fu invitata ad alzarsi dal letto e fatta quindi alzare, subiva in tal modo la

scomposizione del focolaio fratturativo.

La paziente, dimessa il giorno 20 febbraio, restava a casa senza mai deambulare, permettendo così la formazione una piaga da decubito. La corretta diagnosi veniva effettuata soltanto con un successivo esame radiologico in data 5 marzo. L'intervento di endoprotesi dell'anca veniva quindi eseguito il giorno 8 marzo.

Nell'opinione del c.t.u. il ritardo nella diagnosi della frattura, e il conseguente ritardo del correlato intervento chirurgico, aveva contribuito all'insorgere di complicanze immediate e tardive che causava direttamente e indirettamente il decesso della paziente che, se fosse stata trattata tempestivamente, non avrebbe subito le conseguenze della prolungata degenza a letto tra il primo ricovero e il secondo. Il c.t.u. aveva altresì rilevato un insufficiente controllo del quadro glicometabolico ed idroelettrico successivamente al secondo intervento.

La relazione del consulente non quantificava l'incidenza dell'ingiustificato ritardo diagnostico nella causazione della perdita di chance della paziente, qualificandola peraltro come "significativa". In mancanza di ulteriori valutazioni il giudice riteneva, pertanto, di dover ascrivere a parte convenuta la responsabilità per la perdita di una chance di guarigione nella misura del 50%.

Riguardo al quantum, veniva innanzitutto calcolato il danno biologico c.d. terminale, dovuto all'inabilità temporanea e valutato ai valori massimi, che nel caso di specie è da porre in relazione al periodo decorrente dal 14/02/2007, data del primo ricovero, alla morte, avvenuta 49 giorni dopo

Il danno così calcolato in euro € 2.275,07, veniva poi ridotto della metà in base alla percentuale di responsabilità sopra attribuita e quindi in una complessiva somma di € 1.137,53.

#### ***Tribunale Trento. Sentenza n.1202 del 27/11/2014***

Nella sentenza 27 novembre del 2014, il Tribunale di Trento affronta la richiesta di un risarcimento del danno proposta contro l'Azienda provinciale per i servizi sanitari a causa di un ritardo diagnostico. Si tratta di una delle prime sentenze in cui il criterio liquidativo adottato dal giudice prevede l'applicazione del c.d. coefficiente di riduzione. Nel luglio del 2001, una giovane di circa quindici anni veniva assunta in cura dall'ente sanitario trentino in seguito alla manifestazione di preoccupanti sintomi (parestesie), che in quella prima occasione veniva erroneamente etichettati come ictus cerebrale. Solo nel marzo del 2005 la diagnosi veniva corretta in sclerosi multipla.

In quel momento, tuttavia, le condizioni della minore erano già notevolmente peggiorate; infatti, in mancanza dell'adozione di rimedi atti a contrastarne la progressione, la malattia aveva condotta in meno di quattro la paziente in uno stato di totale invalidità.

Il C.T.U. rilevava innanzitutto che il ritardo diagnostico e terapeutico aveva inevitabilmente precluso il possibile rallentamento del decorso clinico nelle fasi iniziali della patologia. Precisava, tuttavia che l'inadempimento medico si era inserito in una situazione già di per sé notevolmente influenzata dalle conseguenze invalidanti della malattia. Il quadro sintomatologico iniziale presentava infatti caratteristiche di disabilità

(afasie motorie ed emiparesi destra) tali da comportare fin dall'inizio tangibili ripercussioni sulla funzionalità dell'individuo ed in particolare sull'autonomia e sulle possibilità di realizzazione di sé di un'adolescente.

La rapida progressione della patologia, che ha portato nel 2005 ad un quadro di grave paraparesi spastica con impossibilità alla deambulazione, atassia segmentaria, disartria e deficit visivo, era inoltre indicativa, nel caso concreto, di una evoluzione di per sé non certo favorevole della sclerosi multipla.

Tali considerazioni inducevano pertanto a ritenere che un corretto inquadramento diagnostico, e conseguentemente una terapia adeguata nel 2001, in via di probabilità, avrebbero unicamente determinato per un certo lasso di tempo (individuabile in uno o al massimo due anni) una attenuazione del complesso sintomatologico, e non certo una remissione completa del quadro clinico, di per sé gravemente invalidante.

Il C.T.U, quindi, evidenziava come la fattispecie in esame fosse propriamente da inquadrata nell'avio della perdita di chance di guarigione, senza però andare a stimarne in termini percentuali il concreto ammontare. Infatti, si limitava a specificare che il ritardo diagnostico aveva cagionato il venir meno di elevate possibilità di ritardare il, tuttavia, inevitabile decorso della malattia.

Il giudice decideva dunque di interpretare la locuzione "elevata probabilità", riferendola ad una chance quantificata al 50%.

Nel liquidare il risarcimento, il giudice decideva di assumere come danno differenziale lo scarto temporale intercorso fra il momento in cui lo stato di salute della paziente era effettivamente degenerato in una totale invalidità e quello a cui le eventuali cure avrebbero in via ipotetica potuto rimandare l'inevitabile progressione della malattia. Tale danno veniva identificato mediante la moltiplicazione del valore di invalidità giornaliera indicato dalle Tabelle di Milano (assunto nella misura più alta, considerato l'età della giovane) per 730 giorni (il lasso di tempo in cui la paziente si sarebbe potuta giovare di un'attenuazione del quadro sintomatologico). Detto risultato veniva quindi dimezzato (alla luce della quantificazione della chance al 50%). La somma liquidabile all'attrice D.R. era quindi pari ad euro (145 x 730 giorni): 2 = euro 52.925,00.

#### ***Tribunale Pisa. Sent. 17/04/2015 n.589***

La pronuncia in esame inerisce ad una richiesta di risarcimento avanzata dagli attori, in qualità di prossimi congiunti del defunto, per ottenere il ristoro dei danni sofferti dallo stesso in conseguenza di una grave carenza assistenziale.

Veniva dedotto che il congiunto, nei primi di luglio 1985, si rivolgeva ad un chirurgo di Milano per due nevi, di cui uno sul dorso sottoscapolare sx del diametro di circa cm 1,5, da cui, relativamente a quest'ultimo nevo, apprendeva la possibilità che si trattasse di un melanoma, e riceveva il consiglio di recarsi con urgenza presso un reparto di dermatologia al fine di asportare la lesione sospetta. Anche i medici di quest'ultimo reparto concordavano con l'opportunità dell'intervento che eseguivano in data 25/7/1985. Già la diagnosi effettuata nell'immediatezza dell'intervento confermava il melanoma, qualificandolo "spriding superficial melanoma del dorso", come si evinceva dalla cartella clinica.

Veniva poi esposto che, per come si verificava molti anni dopo, prima in data 2/9/1997 e dopo in data 16/12/1999, la lesione asportata nel 1985 era un melanoma a diffusione superficiale III livello di Clark, quindi una lesione tumorale ben più grave di quella che era stata diagnosticata subito dopo l'intervento.

Tuttavia, anche se si fosse trattato del tipo di melanoma descritto nella cartella clinica del 25/7/1985, sia i protocolli dell'epoca, sia l'insieme delle norme che disciplinavano l'esercizio della professione medica nel settore specialistico di pertinenza, imponevano di avvisare tempestivamente il paziente, di effettuare immediatamente l'esame istologico della lesione asportata, di richiamarlo per eseguire un intervento più ampio di quello effettuato (cm. 3), di monitorarlo periodicamente in futuro e di adottare gli ulteriori interventi del caso. Nulla di tutto questo veniva fatto; anzi gli attori sottolineavano che era stato il paziente, di sua iniziativa, pochi giorni dopo l'intervento recarsi presso il reparto dove era stato operato per avere informazioni sulla natura del nevo asportato. Dopo ancora qualche altro giorno, si rendeva ancora diligente telefonando in clinica nel tentativo di ottenere notizie sul suo caso. In ambedue i casi nessuno era in grado di fornirgli le informazioni richieste. Di fronte a tale inerzia e disinteresse dei medici il paziente si convinceva che la lesione asportata non potesse essere nulla di preoccupante, quindi desistevano dal pretendere risposte.

Al contrario, circa dodici anni dopo, nel maggio 1997, l'uomo si accorgeva di avere dei linfonodi ingrossati sotto il cavo ascellare sx, eseguiva ulteriori controlli ed in data 21/7/1997 veniva ricoverato presso il reparto di chirurgia generale, dove gli diagnosticavano una "Metastasi Massiva da Melanoma" ed eseguivano lo svuotamento ascellare sx. Già in quell'occasione i medici ricollegavano la patologia al melanoma asportato nel 1985.

La dermatologa occupatasi del caso, dopo una visita accurata sul paziente, nella certificazione medica annotava "In quella occasione il paziente mi riferì di aver subito una asportazione in regione dorsale nel 1985 di lesione nevica della quale non aveva mai ricevuto esito di esame istologico. Presa, in data odierna, visione di tale esame istologico effettuato dalla Clinica Dermosifilopatica che diagnosticava per la lesione nevica dorsale "Melanoma a diffusione superficiale III livello di Clark, 0.7 mm, in tutta coscienza posso certificare che le metastasi linfonodali riscontrate già nel 1997 sono verosimilmente riferibili al melanoma asportato nel 1985"

Da tale momento in poi, l'uomo era costretto a sopportare una lunga serie di ricoveri in vari ospedali italiani, nel vano tentativo di guarire dalla sua patologia, fino a quando non moriva il 2/9/1999, dopo una lunga serie di cure e di gravi sofferenze.

Gli attori agivano quindi in giudizio, deducendo in particolare la negligente condotta degli operatori sanitari, consistita in una vera e propria sottovalutazione della gravissima patologia da cui il paziente era affetto, laddove, invece, sarebbe stata fondamentale l'esecuzione tempestivamente di un esame istologico ed il monitoraggio successivo del paziente. Sottolineavano poi come la ricomparsa di metastasi, avvenuta a distanza di dodici anni, permettesse di presumere che la forte fibra del paziente insieme ad un accurato programma di controlli avrebbe potuto scongiurare una ripresa della malattia e pertanto chiedevano il risarcimento dei danni.

Dalla analisi condotta dal CTU, emergeva come inizialmente il paziente avesse un trattamento tempestivo, in quanto, recandosi alla Clinica Dermatologica, fu immediatamente sottoposto ad escissione della lesione sospetta per melanoma del dorso nel luglio 1985. Tuttavia, rilevava anche che "tutto quello che accadeva in seguito non era stato adeguato": sia con riferimento alla assistenza post-operatoria e all'omesso follow-up, sia con riferimento alle modalità di asportazione del nevo che, secondo il CTU, non erano state coerenti con le modalità previste per quello specifico tipo di melanoma.

Emergeva chiaramente quindi che la lesione cupoliforme era stata sottovalutata nonostante la sua morfologia e aspetto clinico dovesse far ipotizzare una diffusività non solo superficiale e dovesse quantomeno indurre il sospetto del rischio di recidiva (tenuto anche conto del fatto che in un 10% dei casi di melanoma insorto in età giovanile, quale quella del paziente, vi è anche una predisposizione genetica alla malattia e quindi devono essere impartite opportune precauzioni)

Veniva tuttavia anche sottolineato come, vista l'aggressività con cui si era manifestata la recidiva, fosse da escludere che una corretta esecuzione dell'esportazione avrebbe potuto impedire la ripresa del tumore.

Circa il follow up omesso il CTU precisava, che, nel caso di melanoma, sarebbe dovuto consistere in 2 visite annuali della cute con controlli clinici e strumentali quali rx torace, ecografia dell'addome e delle stazioni linfonodali ed esami ematochimici, il CTU precisava che quasi tutte le linee guida consigliano i controlli strumentali per non più di 10 anni e tali linee guida erano già tali all'epoca del primo intervento chirurgico di escissione del melanoma cui fu sottoposto il paziente. Ovviamente, constatava che quando il de cuius aveva ottenuto la diagnosi erano già trascorsi più di 10 anni dalla escissione del melanoma e quindi, sulla base delle linee guida internazionali sul follow up, egli era ormai cronologicamente fuori dall'indicazione alle visite oncologiche con esami strumentali. Tuttavia, evidenzia che "qualora il paziente avesse eseguito regolare follow-up o fosse stato comunque informato della possibilità di recidiva della malattia, si sarebbe potuto avere un riscontro precoce della metastasi linfonodale e come si evince dalla documentazione allegata delle sopravvivenze per livello di compromissione dei linfonodi ascellari, il paziente stesso potrebbe avere avuto una chance di guarigione maggiore.

In conclusione, ritiene il CTU che l'errore medico commesso (e consistente nel non aver sottoposto il paziente a follow up e nel non averlo reso consapevole dei rischi e della necessità di effettuare anche auto esami) non aveva con certezza determinato la morte o la ripresa della malattia, ma aveva diminuito la chance di sopravvivenza del paziente, che, nell'incapacità di definire a partire da quale stadio il tumore avrebbe potuto essere rilevato, veniva stimata in una possibilità compresa tra lo 0% ed il 40%.

Ritenuto quindi sussistente il danno da perdita di chance di sopravvivenza, il giudice dispone il risarcimento iure hereditatis dimezzando l'importo che sarebbe spettato agli attori nel caso in cui fosse stata provata la correlazione causale fra l'inadempimento e il danno biologico. Quindi, calcolato che dal giorno della diagnosi al momento della morte il paziente aveva sofferto una invalidità temporanea crescente che in media può



essere quantificata nell'ordine del 75% pro die (giungendosi così astrattamente ad un danno biologico da invalidità temporanea pari ad € 66.020,25), l'importo da risarcire veniva stimato in euro ad € 33.000,00.

***Tribunale Arezzo. Sent. 9/08/2016 n.930.***

Con la sentenza in esame il tribunale di Arezzo decideva rispetto alla richiesta di risarcimento avanzata in qualità di eredi per i danni patiti dal proprio congiunto, in conseguenza dell'inadempimento medico da parte dei professionisti dell'ospedale presso cui era in cura.

Parte attrice deduceva che, in data 8/8/2011., il paziente già ricoverato, veniva trasferito in un istituto specializzato, poiché affetto da "ittero ostruttivo di sospetta natura neoplastica con vie biliari dilatate", per essere sottoposto ad esame strumentale "E.R.C.P.";

L'esame veniva eseguito il 9/8/2011 con tecnica di "precut con ago diatermico" e con inserimento di protesi biliare pigtail; e, durante lo svolgimento dello stesso, veniva perforato il duodeno del paziente

Questo comportava il prolungamento del ricovero, che terminava in data 24/8/2011 dall'Ospedale. Infatti, in data 19/8/2011 al paziente era stata rimossa la protesi biliare e la rimozione non sembrava avere causato complicazioni, per cui dopo cinque giorni veniva dimesso. Tuttavia, nei giorni successivi il paziente si aggravava e veniva condotto nuovamente di urgenza il 26/8/2011 in Ospedale, dove moriva quello stesso giorno alle ore 21.

Dall'analisi della CTU, erano emersi alcuni profili di negligenza nelle condotte dei medici, ravvisabili tuttavia esclusivamente nel periodo successivo alla rimozione della protesi. Infatti, il consulente sosteneva che la perforazione del duodeno non poteva essere considerata come errore professionale, essendo invece una delle complicazioni più frequenti di quello specifico intervento.

Le uniche censure potevano essere mosse in relazione alla scelta dei farmaci con cui trattare il paziente dopo la rimozione della protesi, dal momento che denotava una errata lettura e interpretazione del quadro clinico del paziente.

Tale inadempimento aveva, a detta del CTU, causato non la morte del paziente ma esclusivamente la perdita per lo stesso delle possibilità di guarire. Infatti, le condizioni cliniche in cui l'uomo si era venuto a trovare a seguito della complicazione dell'intervento, rendevano per lui assolutamente non certo che, laddove correttamente trattato, sarebbe stato in grado di evitare l'evento morte. Vi era infatti solo un 50% di possibilità di ripresa.

Riconosciuta la risarcibilità del danno da perdita di chance di guarigione, il giudice precedeva ad una puntuale quantificazione del danno. Assumendo come parametro iniziale il valore complessivo del benessere psicofisico di un uomo di 77 anni (ossia di un'età equivalente a quella del paziente quando si è verificato l'*exitus*), lo riduceva dell'80%, date le condizioni di salute comunque precarie in cui l'uomo si trovava dopo l'intervento.

Riduceva poi l'importo così ottenuto del 50% in applicazione della chance quale

coefficiente di riduzione. La somma così abbattuta corrispondeva ad euro 149.405,40.

***Tribunale Ravenna. Sentenza 19/10/2016 n.1223***

Con tale pronuncia il giudice accertava la responsabilità dell'azienda U.R. in ordine al pregiudizio all'integrità psicofisica dell'attore, che veniva da lui imputato al non corretto operato del personale medico del reparto di gastroenterologia ed endoscopia digestiva.

La colpa professionale del suddetto personale sanitario, secondo la prospettazione attorea, sarebbe consistita nell'aver semplicemente prescritto al paziente, a seguito di un esame colonscopico eseguito in data 20/11/2008, di sottoporsi a un nuovo controllo a distanza di tre anni. Tale raccomandazione denotava innanzitutto una grave imprudenza dei sanitari, dato il fatto che in occasione di un esame colonscopico eseguito appena 8 mesi prima erano stati rinvenuti e asportati alcuni polipi. E inoltre avrebbe consentito alla patologia neoplastica di cui l'attore è poi risultato affetto di progredire attraverso un'invasione massiva del fegato e conseguente annullamento di chance di prevenire o quantomeno contenere lo sviluppo della patologia.

Le censure mosse alle prestazioni di medici curanti venivano confermate dal CTU, il quale rintracciava profili di negligenza anche nelle condotte antecedenti alla data del 20/11/2008. Infatti, veniva sottolineato come, a seguito dell'esportazione dei polipi, i sanitari che ebbero in cura il paziente avrebbero quantomeno dovuto procedere a uno stretto follow-up (ogni 4-6 mesi) per almeno i tre anni successivi, non limitandosi esclusivamente alla sede locale della malattia, ma dovendo considerare anche le sedi di possibile aggravamento della patologia.

L'analisi concludeva dichiarando l'impossibilità di affermare, in base al criterio del più probabile che non, che un'adeguata condotta professionale avrebbe garantito di prevenire lo sviluppo della patologia, dal momento che non vi era certezza che una monitoraggio accurato avrebbero assicurato una tempestiva individuazione del cancro; tuttavia veniva sottolineato come tale possibilità esistesse, pur essendo minima, e fosse stata irrimediabilmente pregiudicata dagli errori nel trattamento sanitario.

Data per provata la sussistenza del danno e del nesso di causalità fra condotta e perdita delle possibilità di sopravvivere in condizioni di vita migliori, il giudice ha innanzitutto ritenuto che le indicazioni del c.t.u. indirizzassero verso una stima della chance in un valore percentuale del 10%.

Procedendo poi alla quantificazione, assumeva inizialmente a riferimento il valore medio di liquidazione del danno non patrimoniale permanente indicato dalle note tabelle milanesi (per come aggiornate al 2014). Successivamente, applicava a tale importo la stima della chance, il 10%, liquidando un danno complessivo di euro 89.161,30.

***Tribunale Modena. Sentenza 10/12/2016 n.2294***

I fatti oggetto di accertamento della sentenza in esame attengono agli eventi verificatisi a partire dal 24/08/2008.

Esponavano gli attori, i genitori della paziente deceduta, che la figlia iniziava ad

accusare un dolore al petto e difficoltà respiratorie. Veniva quindi trasportata presso l'ente ospedaliero convenuto e accolta con un codice giallo alle ore 23 e 50.

Alle 03:30, la famiglia veniva informata che gli esiti degli accertamenti clinici erano risultati tutti negativi e che pertanto la paziente poteva scegliere se tornare immediatamente a casa oppure attendere fino alle 8 del mattino successivo. Alle ore 3 e 35, la giovane veniva dimessa con diagnosi di algia toracica e con prescrizione di riposo e al bisogno antinfiammatori.

Persistendo, tuttavia, i dolori al petto nella mattina, la famiglia contattava il medico curante dal quale si recavano la mattina del 28/8/2008.

Verso le 08:45 di quello stesso giorno, uscita dallo studio medico per recarsi in farmacia per l'acquisto dei farmaci antinfiammatori prescritte, la giovane veniva colta da un infarto. I sanitari del pronto soccorso constatava il decesso della paziente alle 10:30.

Ciò premesso in fatto, gli attori chiedevano l'accertamento della responsabilità del medico curante e dei medici dell'ente ospedaliero, con condanna dei convenuti al ristoro dei danni patrimoniali e non patrimoniali, sia iure proprio che iure hereditatis.

L'indagine compiuta attraverso l'ausilio di un consulente tecnico di ufficio aveva innanzitutto accertato la condotta negligente dei sanitari del pronto soccorso, dal momento che non solo omisero l'esecuzione degli esami imposti alla luce dei sintomi del caso concreto, ma dimisero inoltre la paziente nonostante la persistenza di un quadro clinico grave.

Della consulenza d'ufficio emergevano profili di responsabilità anche a carico del medico curante, il quale, essendosi fidato delle indagini eseguite in ospedale, non aveva condotto una visita accurata della propria assistita.

Si concludeva quindi che, nel caso di specie, una condotta diligente da parte dei sanitari avrebbe condotto ad una corretta diagnosi della patologia e dunque aumentato le chance della paziente di evitare l'evento morte. Veniva infatti evidenziato che, in caso di pronta diagnosi, le possibilità della giovane di superare l'intervento chirurgico urgente di sostituzione dell'aorta ascendente e dell'arco aortico, a cui avrebbe dovuto essere sottoposta, si aggiravano intorno al 40%.

Con riferimento specifico alla liquidazione del danno da perdita di chance di guarigione, risarcito *iure hereditatis*, il giudice ha proceduto andando dapprima a quantificare la somma che i convenuti avrebbero dovuto corrispondere in caso di danno biologico terminale. Successivamente riduceva tale importo del 60%, in considerazione del concreto ammontare della chance perduta, arrivando quindi a liquidare un danno pari a euro 358.800,00 (40% di euro. 897.000,00)

### ***Tribunale Arezzo. Sentenza 12/03/2018 n.298***

La sentenza in esame inerisce alla richiesta di risarcimento del danno che l'attrice aveva riportato in conseguenza del ritardo diagnostico operato dai medici che la ebbero in cura.

Veniva esposto che, il 19/09/08, mentre l'attrice si trovava nell'abitazione della madre in Arezzo, era colta da malore cerebrale ictus. Chiamato il 118 da una vicina, l'ambulanza sopraggiungeva dopo circa 1/4 d'ora, senza medico a bordo e conduceva

la donna all'ospedale S. Margherita in codice verde, nonostante quest'ultima avesse chiesto di essere trasportata in un centro specializzato.

All'ingresso le veniva diagnosticato "deficit di lato emisoma sx (ipostenia arto sup. ed inf. Sx con disestesie)" e dopo una tomografia assiale computerizzata, alle 19,50 veniva trasferita diagnosi ictus cerebri all'ospedale del Valdarno S. M., ove giungeva alle 20,39. Ivi non era effettuato trattamento trombolitico (di non particolare difficoltà tecnica) in quanto "fuori tempo massimo" ma TC encefalo, evidenziante "leucoaraiosi. Sinusopatia mascellare più marcata a destra".

Dal 21/09/08 al 13/10/08 e dal 29/10/08 al 03/11/08 la paziente restava ricoverata presso l'Ospedale di Arezzo, ove effettuava ulteriori esami da cui si evidenziava "nel braccio posteriore della capsula interna destra...area di alterazione di segnale per ipertensività" e "a carico della biforcazione carotidea sn è presente placca prevalentemente calcifica semicirconfrenziale; altra placca di tipo misto, sia calcifica che molle, si apprezza nel primo tratto della carotide interna di questo lato, per un'estensione inferiore al centimetro, con stenosi moderata", e dove era dimessa con diagnosi "ischemia cerebrale del braccio posteriore della capsula interna di destra" e di "angiostenosi moderata intracranica senza stenosi rilevanti in esiti di recente ictus cerebri ischemico su base ATS. Ipertensione arteriosa".

In seguito ad un ciclo di riabilitazione neuromotoria, la donna era risultata portatrice di invalidità totale permanente con minorazioni gravi e progressive e conseguenti svantaggio insuscettibile di variazione con apporti riabilitativi, nonché necessità di intervento assistenziale permanente continuativo e globale nella sfera personale e/o di relazione.

La paziente agiva quindi in giudizio per ottenere ristoro del pregiudizio sofferto a causa condotta omissiva inadempiente del medico del pronto soccorso, responsabile per non aver effettuato la necessaria terapia fibrolitica, con conseguente maggiore estensione del danno encefalico ipossico e compromissione di apprezzabili possibilità di recupero. Le censure mosse da parte attrice trovavano effettivamente conferma nella analisi condotta dal C.T.U. Quest'ultimo osservava, infatti, che al momento del ricovero presso il Pronto soccorso dell'Ospedale S. Margherita in loc. La Fratta, l'attrice presentava un quadro clinico obiettivamente grave ed univoco di ictus, sulla base del quale si rendeva necessario adottare tempestivamente una terapia fibrolitica o trombolitica. Tale terapia poteva essere somministrata solo presso l'Ospedale del Valdarno S. M. alla Gruccia, ove effettivamente l'attrice giungeva con ritardo tale da indurre i sanitari a non effettuare il trattamento, essendo i rischi dello stesso superiori ai benefici che si sarebbero potuti trarre.

In altri termini, la condotta, indubbiamente negligente, dei convenuti aveva compromesso l'opportunità di accedere, in maniera adeguata e tempestiva, all'unico trattamento terapeutico indicato, il quale avrebbe migliorato le possibilità della paziente di evitare i postumi invalidanti di cui concretamente è rimasta affetta.

Riportando gli studi citati dal CTU che la terapia fibrinolitica endovenosa con RT-p. A. consente di ottenere un'adeguata rivascolarizzazione nel 30-50% dei casi, la chance perduta dalla paziente, in considerazione della sua età (68) è stata stimata al 30%

Pertanto, il giudice perveniva al calcolo del risarcimento è operato con una valutazione fondata sul punto di invalidità indicato dalle tabelle di Milano in vigore alla data del fatto: stimando il danno biologico considerata l'età (anni 68) ed i punti di invalidità (100%) in euro 732.873,00, applicava a tale cifra la percentuale del 30%. L'importo finale del risarcimento dovuto era quindi di euro 219.861,90

### ***Tribunale Belluno. Sentenza 31/05/2018 n.268***

Con sentenza del 31/05/2018 il Tribunale di Belluno si è pronunciato rispetto ad una richiesta di risarcimento danni derivante da colposa condotta medica.

La parte attrice evidenziava che in occasione della visita del 4/2/2013 presso l'ambulatorio di dermatologia di Agordo (U.) il medico, a cui era stato preliminarmente segnalata la comparsa di una lesione pigmentata in sede preauricolare destra, si limitava a sottoporre il paziente un esame superficiale, senza eseguire la dermatoscopia.

Deduceva quindi l'attore che nel luglio del medesimo anno gli veniva diagnosticato un sospetto carcinoma basocellulare nodulare, insorto sulla lentigo in regione preauricolare destra e che il tumore era successivamente giunto in fase di metastasi, con prognosi drammaticamente infausta.

L'attore allegava che il convenuto. aveva colposamente omissso di eseguire la dermatoscopia, in contrasto con quanto previsto dalle linee guida di riferimento per la diagnosi del melanoma cutaneo e che era quindi incorso in responsabilità per la provocata perdita di chance di guarigione e per l'aggravamento delle sue condizioni di salute correlate agli interventi subiti.

Nel ripercorrere le vicende mediche che hanno riguardato l'attore il C.T.U. premetteva che il medesimo era all'epoca dei fatti un soggetto di mezza età, di razza caucasioide con pelle chiara e numerose lesioni nevice, "con storia di melanoma in famiglia", "con storia di carcinoma cutaneo insorto precocemente rispetto alle età di incidenza maggiore" e quindi un soggetto a rischio.

Alla luce di ciò, veniva quindi evidenziato che la condotta tenuta dal medico curante non poteva essere ritenuta conforme alle linee guida, secondo cui avrebbe dovuto invece raccogliere un'adeguata anamnesi ed eseguire l'esame con il dermatoscopio; così operando avrebbe potuto rilevare elementi tali da intuire l'escissione della lesione. Con riferimento all'epoca successiva alla visita il C.T.U. ha inoltre sottolineato che dopo circa cinque-sei mesi, in occasione di un ulteriore controllo, fu consigliato al paziente di asportare la lesione. Quest'ultima etichettata, in un primo tempo, come carcinoma basocellulare su nevo, a seguito dell'esame istologico successivo veniva invece diagnosticata come melanomatosa maligna della lesione nella variante di melanoma nodulare insorto su nevo displastico.

Sulla base di quanto esposto dalla C.T.U. si evinceva, sotto il profilo causale, che all'epoca della visita la neoplasia, secondo la regola del più probabile che non, fosse già presente e che l'utilizzo del dermatoscopio avrebbe consentito di un più tempestivo riscontro.

Il C.T.U. ha infatti precisato che nell'ipotesi più probabile il melanoma nodulare era già

presente allo Stadio 1b, tenuto conto del fatto che a) si trattava di un melanoma in crescita verticale, b) non vi erano linfonodi sentinella positivi, c) le indagini successive non avevano evidenziato metastasi linfonodali loco-regionali o a distanza fino al 2015 e d) a luglio del 2013 il melanoma era allo Stadio 2C.

Veniva poi sottolineato che *"la sopravvivenza cruda a 10 aa con un melanoma allo Stadio 1b è di circa il 90%, mentre la sopravvivenza cruda con un melanoma allo Stadio 2c si colloca tra il 50 e il 60%. Pertanto, la perdita di chances di guarigione del sig. D.P. è collocabile tra il 30 e il 40%".*

Alla luce di tali risultanze era quindi indubbiamente possibile ravvisare una colpa medica nella condotta del medico curante, a causa della sua omissione nell'utilizzo del dermatoscopio nel corso della visita del 4/2/2013, per come invece disposto dalle linee guida.

Pertanto, il giudice riteneva corretto inquadrare la fattispecie in esame nel perimetro della perdita delle possibilità di guarigione, che risultava stimabile in una percentuale compresa tra il 30 ed il 40%.

In relazione alla quantificazione del danno, nel caso di specie il giudice assumeva come riferimento il valore di Euro 350.000,00, prossimo al valore massimo previsto per il danno parentale dalle Tabelle di Milano all'epoca correnti (con la previsione di un leggero aumento giustificata dal fatto che qui si discute del valore della vita propria), e ha quindi calcolato la somma corrispondente al 35% del medesimo, ossia alla media aritmetica tra il 30 e il 40% di possibilità di guarigione perdute secondo le risultanze della CTU. Pertanto, il risarcimento del danno riconosciuto a parte attrice ammontava ad euro 122.500,00.

### ***Tribunale Perugia 02/09/2019 n.1251***

La pronuncia resa dal Tribunale di Perugia con la sentenza 1251 del 2019 inerisce ad una richiesta di risarcimento del danno subito dall'attore a causa della mancata diagnosi di infarto in occasione di una visita domiciliare effettuata dal medico convenuto, specializzato in cardiologia.

L'asserito danneggiato quello stesso giorno infatti, rientrato a casa da una passeggiata in bicicletta, avvertiva una sensazione di grande spossatezza e debolezza unitamente ad un forte dolore ai polsi e preoccupato di un imminente infarto, chiedeva alla moglie di chiamare il medico A.M. Quest'ultimo, recatosi presso la casa del paziente, senza la strumentazione per eseguire una visita cardiologica, si limitava a misurargli la pressione e a rassicurarlo rispetto l'irrelevanza dei sintomi in atto, che sarebbero stati semplicemente da imputare allo stato di agitazione in cui l'attore verteva.

Senonché, 15/20 minuti dalla partenza del medico, aggravatasi ulteriormente la situazione, veniva chiamato il 118 ed il soggetto veniva condotto al Pronto soccorso dell'Ospedale di Perugia dove giungeva in stato di arresto cardiorespiratorio; a seguito delle indagini effettuate veniva diagnosticato uno stato di "coma da IMA" e veniva trasferito in rianimazione con la prognosi di "infarto miocardico acuto in sede inferiore complicato da arresto cardiocircolatorio".

Nonostante l'intervento tempestivo dei sanitari, residuava un'invalidità permanente

totale per l'attore che lo ha reso incapace di compiere qualsiasi atto della vita quotidiana, bisognoso di assistenza continua e non in grado di avere rapporti con la famiglia con conseguente impossibilità di svolgere la sua attività professionale. Pertanto, agiva in giudizio.

Per come evidenziato dalla CTU, i sintomi rilevati dal medico durante la visita domiciliare lo avrebbero dovuto indurre a richiedere un tempestivo intervento del 118, i cui operatori non avrebbero comunque potuto impedire l'insorgenza del malore (evitabile solo con l'effettuazione di angioplastica coronarica, ma sarebbero potuti procedere immediatamente con una defibrillazione. Tuttavia, è stato comunque sottolineata l'estrema difficoltà di valutare i possibili esiti di un più precoce intervento rianimatorio da parte dei medici del 118, rispetto al massaggio cardiaco con respirazione bocca a bocca che in concreto è stato effettuato. In termini approssimativi, quindi, i c.t.u. hanno concluso che "ritardo di inizio delle manovre di rianimazione cardiopolmonare, necessarie per interrompere la fibrillazione ventricolare, possa avere determinato una perdita di chances di circa il 35% di una guarigione libera dagli esiti neurologici gravemente invalidanti di cui è attualmente portatore"

Ritenuto soddisfatto l'onere probatorio dell'attore rispetto al nesso causale fra inadempimento del medico e la perdita della possibilità di un pieno recupero, il tribunale ha liquidato ad applicare il c.d. coefficiente di riduzione, ossia il 35%, al danno biologico per come risultante dall'applicazione dei criteri delle tabelle di Milano.

Posto quindi che la somma spettante all'attore, a titolo di danno non patrimoniale, comprensivo del danno morale e del danno c.d. esistenziale, per ciascun punto di invalidità, ridotta ragione dell'età (44 anni), avrebbe dovuto essere infine una somma di euro 1.071.458,437, viene liquidato dal tribunale un risarcimento del danno da perdita di chance pari a euro 375.000,00 (ossia pari al 35% del danno non patrimoniale sofferto complessivamente dall'attore).

### ***Tribunale Lecce 03/05/2021 n.1266***

La pronuncia in esame inerisce ad una richiesta di risarcimento del danno avanzato dagli eredi per ottenere ristoro del pregiudizio subito dalla loro congiunta a causa dell'inadeguato trattamento assistenziale da lei ricevuto.

In particolare, veniva contestata il negligente comportamento dei sanitari del pronto soccorso nella gestione della paziente, l'imperizia degli stessi nell'utilizzo dei mezzi diagnostici dato il mancato riconoscimento di uno pneumotorace iatrogeno provocato in corso di drenaggio toracico nonché di una perforazione della trachea durante l'intervento di tracheotomia.

Veniva esposto dagli attori che la paziente giungeva in ospedale per una grave insufficienza respiratoria instauratasi da almeno due giorni con tosse e febbre sostenuta da un grosso focolaio broncopneumonico a destra con versamento pleurico e multi-addensamenti polmonari con carattere di confluenza sinistra.

Tuttavia, solo in data 08/07 diventava possibile isolare nel bronco-aspirato colonie di *Klebsiella pneumoniae*, (mentre in precedenza erano state isolate solo alcune colonie di candida) e quindi avviare una terapia antibiotica specifica e peraltro particolarmente

tossica.

A partire dal 16 luglio la donna iniziava a mostrare sintomi di peggioramento a seguito di un tentativo, infruttuoso, dei sanitari di praticare una tracheostomia percutanea.

Per cercare di contenere il generale deterioramento delle condizioni di salute della paziente, la stessa veniva sottoposta ad un intervento combinato di chirurgia toracica e ORL il 21/07/15. Il 30/07/15 le condizioni generali erano critiche e veniva indicato intervento chirurgico per colecistectomia mentre vi era assenza di ulteriori perdite di liquido purulento dal drenaggio aspirativo mediastinico e dal drenaggio pleurico. Tuttavia, in sala operatoria la paziente presentava desaturazione improvvisa non responsiva alle modifiche della ventilazione, pertanto, si decideva di soprassedere all'intervento chirurgico. Veniva posizionato un secondo drenaggio pleurico con fuoriuscita di notevole aria e versamento ematico. La TAC di controllo del torace e addome mostrava invariata la lesione tracheale ma netto peggioramento del quadro parenchimale polmonare con un completo consolidamento del polmone destro, addensamenti multipli del polmone sinistro ed una raccolta mediastinica paratracheale destra (polmonite batterica non controllata dalla terapia antibiotica).

Disposta una CTU, evidenziava come la polmonite da Klebsiella difficilmente colpisce adulti sani, mentre le categorie più a rischio sono i bambini, gli anziani, i pazienti debilitati e gli immunocomplessi. Il rischio di morte è molto alto (pari a circa il 25%-50%), nonostante la disponibilità di antibiotici presumibilmente efficaci.

Poiché Klebsiella pneumoniae è il più frequente agente eziologico di polmonite in comunità e secondo per le forme nosocomiali, è assai verosimile che la sig.ra. sia stata ricoverata con un processo broncopneumonico sostenuto da altri germi sui quali vi fu una sovrapposizione da Klebsiella, che è tipicamente nosocomiale. L'infezione consegue all'inalazione di secrezioni orofaringee contaminate da questa specie. È noto, infatti, come i pazienti ospedalizzati vengano rapidamente colonizzati da questo ed altri microrganismi Gram-negativi a livello dell'orofaringe. Questa forma di polmonite si manifesta più frequentemente nei 'pazienti debilitati, negli etilisti, nei diabetici, nei portatori di cardiopatie, nefropatie e neoplasie. L'esame microscopico dell'espettorato rivela spesso la presenza di numerosissimi bacilli Gram-negativi capsulati. Nel caso in questione si trattava, come sempre più frequentemente accade, di un germe multi-resistente alla terapia antibiotica. Pertanto, alla condotta dei sanitari non era imputabile né la contrazione da parte della donna della patologia, né tantomeno l'insufficienza della terapia adottata. Ciò che invece poteva essere censurato nella condotta medica era la lesione tracheale che la donna aveva riportato a seguito del tentativo di tracheotomia e che era stata causa delle gravi complicanze insorte immediatamente dopo.

Alla luce delle conclusioni cui era giunto il consulente, risultava evidente che i sanitari avessero errato nell'esecuzione della tracheotomia percutanea che avessero cagionato una lesione tracheale all'origine dell'ennesima infezione. L'intervento imperito dei sanitari non era tuttavia condizione necessaria e sufficiente nella verifica dell'evento nefasto che, alla luce del quadro clinico critico della paziente, si sarebbe comunque verificato, secondo il criterio del più probabile che non.



La lesione tracheale aveva negato, invece, alla paziente la possibilità di essere trattata mediante terapia antibiotica, per il solo processo broncopneumonico già in atto, che già di per sé gravato da elevata mortalità (circa il 35%) è stato ulteriormente aggravato dalla mediastinite. Pertanto, il C.t.u. stimava che la lesione tracheale avesse comportato la riduzione delle chance della paziente di guarire di circa il 50-80%.

Il giudice, avendo ritenuto sussistente il danno da perdita di chance di guarigione, procede alla liquidazione del danno andando dapprima a calcolare il danno sofferto dalla paziente in funzione del numero di giorni della sofferenza terminale (euro 30.000,00 per i primi tre giorni ed euro 28.037,00 dal quarto al trentaseiesimo giorno, per un totale di euro 58.037,00.)

Tale importo viene ridotto al 30% in ragione della probabilità di evitare l'evento morte che la donna aveva, giungendo alla somma complessiva di euro 40.625,90

### ***Tribunale Lecce n.3194 del 24/11/2021***

La controversia decisa dal tribunale di Lecce con sentenza 24/11/2021 ha per oggetto la richiesta di risarcimento del danno provocato dalla condotta colposa dei sanitari dell'ente convenuto, l'Asl.

In data 19/03/2013, a causa di parestesie dell'arto superiore sinistro, l'attore richiedeva l'intervento dei sanitari del 118, dai quali veniva valutato con un codice giallo e trasportato presso il pronto soccorso di Casarano. In seguito alla diagnosi di embolia celebrare con infarto cerebrale, veniva trasferito nella "Stoke Unit" di Lecce, dove però non veniva sottoposto a trombolisi poiché trascorse già 5 ore dall'esordio dei primi sintomi.

Il paziente veniva dimesso il 25 marzo e attualmente risulta invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita in quanto affetto da "emiparesi sinistra con grave impossibilità a deambulare. Cardiopatia ipertensiva. Poliartrosi".

La condotta colposa ravvisata dall'attore nel caso di specie si sostanzia nell'errata attribuzione del codice giallo e nella conseguente mancata esecuzione degli accertamenti clinici con la celerità richiesta dalla gravità del suo caso. Infatti, al suo arrivo presso la Stoke Unit di Lecce, i sanitari avevano ritenuto superfluo sottoporlo al trattamento trombolitico, data l'utilità di quest'ultimo solo nei casi in cui viene effettuato a ridosso dalla manifestazione dei sintomi.

Dall'analisi dei c.c.t.t.u.u. emergono profili di imperizia e di negligenza nella sia condotta degli operatori del 118 per l'attribuzione del codice giallo laddove viera sospetto di un disturbo di circolo cerebrale sia nella condotta dei sanitari dell'ospedale di Casarano per l'eccessivo lasso di tempo lasciato intercorrere fra l'arrivo al pronto soccorso e l'effettuazione della tac.

L'inesatta attribuzione del codice di triage e l'eccessivo ritardo intercorso tra l'esordio dei sintomi e l'arrivo all'Unità Stroke del V.F. di L. di conseguenza non ha permesso l'effettuazione della trombolisi riducendo le chance di recupero del soggetto. È stato altresì riferito dai consulenti tecnici d'ufficio che, ove adeguatamente e

tempestivamente trattato con trombolisi, il paziente colpito da ictus ischemico riporta, nella maggioranza dei casi, una riduzione dei postumi invalidanti al 25%. Rispetto al conseguimento di tale risultato, le possibilità dell'attore vennero qualificate come "moderate".

In sede di liquidazione, il tribunale, nell'impossibilità di conoscere quali avrebbero potuto effettivamente essere i risultati migliori conseguibili nel caso concreto, ritenne ragionevole ipotizzare che, ove tempestivamente curato, avrebbe tuttalpiù riportato il 50% dei postumi invalidanti (in quanto misura intermedia fra nessun postumo e l'invalidità di cui affetto).

Inoltre, ha ritenuto di poter fissare la chance perduta di conseguire tale risultato ad un 30%, come trasposizione del giudizio meramente qualitativo fornito dai c.c.t.t.u.u.

Facendo, dunque, applicazione delle tabelle in uso presso il Tribunale di Milano, tenuto conto del fatto che all'epoca del sinistro per cui è causa, l'attore aveva sessantacinque anni, l'importo che allo stesso sarebbe spettato a titolo di risarcimento del c.d. danno differenziale corrisponde alla differenza fra Euro 607.491,00 (ossia l'ammontare del risarcimento nel caso di danno biologico) e la somma di Euro 324.790,00 (ossia il valore monetario relativo ai postumi invalidanti al 50%, di cui si è ritenuto che avrebbe comunque sofferto in assenza della condotta colposa).

La somma così ottenuta, corrispondente al risarcimento di cui sarebbe stato titolare laddove il risultato diversamente auspicato forse più probabile che non, viene poi ridotto al 30%.

#### ***Tribunale Milano 04/11/2021 n.8965***

La sentenza in esame inerisce alla richiesta di risarcimento del danno da perdita di chance di guarigione conseguente all'erroneo ed inadeguato trattamento assistenziale e chirurgico prestato da una casa di cura a favore dell'attore.

I fatti risalgono al giugno 2011, quando M.R., data la manifestazione di disturbi agli arti inferiori, veniva sottoposto a intervento di discectomia e posizionamento di Cage anteriore al livello c4 -c5.

A seguito dell'intervento e della successiva comparsa di forte dolore al rachide cervicale con parestesia agli arti inferiori e superiori, l'attore si sottoponeva nuovamente a nuova procedura chirurgica presso la medesima casa di cura.

Una volta dimessosi, tuttavia, il paziente riscontrava un notevole peggioramento della funzionalità motoria degli arti superiori e inferiori e una conseguente atassia statica e dinamica e tetraplegia post-operatoria.

Dall'analisi svolta dal C.T.U. emerge chiaramente la natura negligente delle condotte degli operatori sanitari della casa di cura convenuta, in quanto inadeguata sia per la scelta del tipo di intervento, non essendo quello specificamente indicato per le condizioni cliniche con cui si presentava il paziente, sia per l'inesatta esecuzione dello stesso, evincibile dal semplice fatto che si fosse poi resa necessaria, poco dopo, una nuova operazione chirurgica.

Tuttavia, viene comunque precisato come, in presenza di una sintomatologia quale quella sofferta dal paziente, gli interventi diversamente possano esclusivamente andare

a stabilizzarne le condizioni e non anche a permettergli di conseguire una piena guarigione.

In particolare, veniva rilevato che in generale i dati statistici relativi al tasso del grado di miglioramento del paziente trattato chirurgicamente rispetto a quello non trattato chirurgicamente vedono, nel primo, un tasso di miglioramento variabile tra il 47% ed il 100%, a fronte di un tasso di peggioramento nei pazienti non trattati di circa il 50%. La determinazione del tasso di miglioramento è influenzata dalle caratteristiche cliniche del paziente al momento dell'intervento, dalla distanza temporale rispetto all'inizio della sintomatologia e dalle dimensioni del canale.

Nel caso dell'attore, tali elementi, unitamente al riscontro di un progressivo peggioramento del quadro neurologico dal 2008 al 2011, hanno portato i consulenti ad affermare che le possibilità di stabilizzazione/miglioramento, si attestassero sulle quote più basse, stimate intorno al 50% e che, conseguentemente, vi fosse un pari grado di probabilità del peggioramento delle condizioni cliniche in misura sovrapponibile a quanto riscontrato nell'esame obiettivo del paziente.

In conclusione, quindi, i consulenti hanno determinato che, laddove il comportamento tenuto dagli operatori sanitari fosse stato in linea con le direttive del caso, le possibilità per il paziente di conseguire effettivamente il risultato auspicabile fossero da stimare al 50%.

Sulla base delle risultanze tecniche, il giudice ha ritenuto quindi d'individuare come risultato sperato, in relazione al quale la chance di conseguimento e andata perduta, non nella piena guarigione ma nella stabilizzazione dello status quo ante del paziente. Pertanto, in sede di liquidazione del danno, si è proceduto innanzitutto alla stima del danno differenziale consistente nella differenza fra i punti di invalidità riportare a seguito del negligente adempimento dei sanitari (stimati con un 66% di invalidità) e i punti invalidità preesistenti all'intervento medico (25%). Il danno così stimato è stato successivamente personalizzato, in considerazione delle cospicue conseguenze dannose subite dal paziente (gravi difficoltà di deambulazione in autonomia in ambiente domestico, la necessità di utilizzare all'esterno una carrozzina, i fenomeni di parestesie diffuse che provocano una sensazione di indurimento e pelle "cartonata") ed infine diminuito nella misura del 50%.

Quindi, partendo dalla cifra di euro 385.158,00, corrispondente al danno da invalidità permanente del 44%, questa viene dapprima aumentata del 15%, in ragione della personalizzazione operata (euro 423.140,25.) ed infine dimezzata. Il danno liquidato quindi è pari a euro 211.570,12.

### ***Tribunale Milano. Sentenza 09/02/2022 n.1100***

Con sentenza 1100 nel 2022 il Tribunale di Milano si è pronunciato rispetto alle domande risarcitorie proposte dagli attori, in qualità di eredi, per ottenere il risarcimento dei danni subiti dalla propria congiunta a causa di un errore diagnostico e del conseguente inesatto trattamento terapeutico.

Gli attori esponevano che la donna, dopo la scoperta di un nodulo alla mammella destra, nel dicembre 2008 si era rivolta allo IEO per effettuare una serie di indagini ed

accertamenti.

All'esito di visita senologica e degli accertamenti clinici disposti la attrice in data 28/01/2009 era stata sottoposta ad intervento di "quadrantectomia radioguidata retroareolare e supero esterna mammella destra con biopsia linfonodo sentinella ascellare destro e rimodellamento plastico".

Gli esiti dell'esame istologico del 5/2/2009 avevano condotto alla diagnosi di carcinoma duttale microinvasivo scarsamente differenziato e gli oncologici avevano quindi redatto programma terapeutico non prevedente alcun trattamento precauzionale sistemico ma solo la radioterapia complementare.

Nel mese di luglio 2012, a seguito di un valore del marcatore neoplastico C15-3 cinque volte superiore alla norma, la paziente. si era sottoposta a visita ambulatoriale e ad indagini strumentali che rilevavano la presenza di numerose lesioni metastatiche a livello polmonare, epatico e scheletrico.

Data la estrema gravità della situazione, la paziente si era sottoposta a sette cicli di chemioterapia tra agosto 2012 e marzo 2013, a radioterapia a livello encefalico nel settembre 2012, ad ulteriori trattamenti chemioterapici da marzo ad agosto 2013 e di nuovo da gennaio a marzo 2014 fino ad un ricovero a maggio 2014 ed al decesso nel mese di giugno 2014.

Secondo la prospettazione attorea, tale iter clinico ed il successivo decesso erano dovuti ad una condotta colposa dei convenuti, che avevano originariamente male interpretato la malattia.

In particolare, era stato riscontrato dai periti di parte che la donna fosse affetta da un carcinoma duttale infiltrante ad altra aggressività biologica, e avrebbe dovuto quindi essere sottoposta a chemioterapia e terapia biologica, in aggiunta alla radioterapia.

Tali conclusioni venivano in parte confermate dalle valutazioni dei CTU, che accertano l'errore diagnostico allegato dagli attori come frutto di una condotta di imperizia e negligenza nella metodica di esecuzione dell'esame istologico.

Veniva invece escluso, sulla base delle risultanze peritali, che vi fosse un errore nella gestione terapeutica della malattia a seguito della comparsa della recidiva e della scoperta delle plurime lesioni metastatiche.

Nello specifico, in base all'analisi dei dati di sopravvivenza, si era rilevato che per una paziente di 43 anni con neoplasia mammaria delle caratteristiche di quelle riscontrate nella paziente, la guarigione è del 78% in caso di esclusivo trattamento chirurgico, mentre in caso di trattamento chemioterapico con trastuzumab aumenta al 88%; quindi la probabilità di guarigione è del 10% in più rispetto a chi ha ricevuto un trattamento solo chirurgico.

Pertanto, l'effettiva perdita di chance subita dalla. – che è rientrata nell'ambito delle 22 donne che non sono sopravvissute alla malattia – corrispondeva ad un 45, 45%, dal momento che, in caso di trattamento farmacologico post-intervento, vi sarebbe stato una percentuale del 54,65% di donne (pari a 12 su 22) che sarebbero comunque decedute ed una percentuale del 45,45% in più che sarebbero guarite dalla malattia

(pari a 10 su 22).<sup>113</sup>

Tali conclusioni risultano sufficienti per il giudice per accertare la sussistenza di un danno da perdita di chance di guarigione della paziente.

Nell'andare a liquidare il danno concretamente patito dall'attrice, il giudice ha in primis calcolato il complessivo danno biologico patito dall'attrice, stimando che gli ultimi 45 giorni di vita della paziente, questa avesse subito un danno biologico terminale, posto che in tale lasso di tempo vi era stato un drastico peggioramento delle sue condizioni di salute, mentre nei 13 mesi antecedenti avesse sofferto per circa 10 giorni al mese un danno da invalidità temporanea, a causa dei trattamenti di chemioterapia.

Giungendo provvisoriamente a stimare un danno complessivo di € 87.295,50, il giudice operava una diminuzione nella misura del 55% per tener conto della stima della chance. Il danno liquidato quindi ammontava ad una somma di €39.282,97.

#### **4. Considerazioni conclusive<sup>114</sup>**

Prima di svolgere le considerazioni emergenti dall'analisi giurisprudenziale condotta, si presenta di seguito la casistica giurisprudenza di merito individuata e compulsata, riassunta in forma tabellare a partire dalla pagina che segue.

---

<sup>113</sup> Ovviamente, la percentuale di possibilità di guarigione sottratta alla paziente non si identificava tout court nel 10%, pari alla differenza tra la percentuale di guarigione dell'88% riconosciuta ai pazienti trattati con chemioterapia di III generazione e trastuzumab dopo la chirurgia e quella del 78% per i pazienti trattati solo chirurgicamente. Invero il 78% di possibilità di guarigione in caso di solo trattamento chirurgico implica che su 100 pazienti affetti da tale patologia, 22 sarebbero morti a causa della malattia e 78 sarebbero sopravvissuti. L'aumento delle probabilità di sopravvivenza al 88%, comporta che su 100 pazienti sarebbero morti 12, anziché 22, sicché vi sarebbero stati 10 pazienti in più che sarebbero sopravvissuti alla malattia. Laddove fossero stati somministrati i previsti trattamenti terapeutici, la paziente avrebbe potuto rientrare nell'ambito dei 10 pazienti in più che sarebbero guariti o nell'ambito dei 12 per cui si sarebbe verificato l'anticipato decesso. Orbene, in termini percentuali, 10 pazienti su 22 corrispondono al 45,45% del totale.

<sup>114</sup> I casi analizzati sono stati riportati in tabella non più secondo il criterio cronologico, ma in base alla tipologia di pregiudizio lamentata, al fine di permettere un rapido confronto degli importi liquidati.

AUTORITÀ	FATTISPECIE	QUANTIFICAZIONE
TRIB. MILANO SENT. 02/09/2008	Intempestiva assistenza che ha comportato la perdita del paziente delle chance di evitare l'evento morte	Valutazione equitativa con importo fissato a 3.000
TRIB. BUSTO ARSTIZIO SENT. 10/11/09	Intempestivo intervento dei sanitari che non prendevano in debita considerazione le complicazioni che il paziente manifestava dopo un intervento che comportava la perdita del 25/30% di chance di guarigione	Valutazione equitativa con importo fissato a 140.000
TRIB. AREZZO SENT. 03/04/2012	La superficialità con cui i medici hanno trattato i sintomi della paziente e l'intempestivo intervento chirurgico causavano una perdita di chance di guarigione consistente non diversamente quantificata	Valutazione equitativa con importo fissato a 10.000
TRIB. ROMA SENT. 556/2016	L'inidoneità della diagnosi e del trattamento assistenziale offerto al paziente causano la perdita del 10% della chance di guarigione	Valutazione equitativa con importo fissato a 40.000
TRIB. NAPOLI. SENT. 5256/16	Il mancato trasferimento del paziente nella terapia intensiva ha cagionato la perdita per quest'ultimo delle chance di evitare l'evento morte	Valutazione equitativa con importo fissato a 15.000
TRIB. COMO SENT. 23/03/2016	L'erroneo ed insufficiente trattamento riservato ad una paziente ha cagionato la perdita delle chance di evitare l'evento morte	Valutazione equitativa con importo fissato a 15.000
TRIB. LUCCA SENT. 304/19	La carenza di tempestività nella risoluzione delle complicanze sviluppatesi nel post-operatorio comportava la perdita di chance del 40/50% di evitare l'evento morte	Valutazione equitativa con importo fissato a 50.000
TRIB. ROMA SENT. 5749/20	Un approccio tardivo ed errato dei sanitari ha cagionato la perdita delle chance di evitare l'evento morte della paziente	Valutazione equitativa con importo fissato a 90.000
TRIB.S. MARIA-CAPUA 967/2020	La carenza assistenziale da parte degli operatori sanitari ha cagionato la perdita di chance del 40% di evitare la morte	Valutazione equitativa con importo fissato a 100.000

AUTORITÀ	FATTISPECIE	LIQUIDAZIONE
TRIBUNALE AREZZO. 02/04/2012	Il ritardo diagnostico ha comportato la sottrazione delle chance che la paziente aveva di evitare un trapianto del rene	Valutazione equitativa con importo fissato a 18.000
TRIBUNALE BENEVENTO 2293/2017	La non tempestiva somministrazione ha comportato per il paziente la perdita delle possibilità di evitare una trombosi venosa	Valutazione equitativa con importo fissato a 100.000

**TABELLA RELATIVA ALLA PERDITA DI OUTCOME FAVOREVOLE QUANTIFICATA MEDIANTE IL CRITERIO MERAMENTE EQUITATIVO**

AUTORITÀ	FATTISPECIE	LIQUIDAZIONE
TRIBUNALE TRENTO. 1202/2014	Errore nella diagnosi della sclerosi multipla, in assenza del quale vi erano elevate possibilità di ritardare di due anni l'infausto epilogo della malattia	Danno differenziale temporale (Invalidità giornaliera x 730 giorni) :2 (chance stimata al 50%) = 52.925,00
TRIBUNALE AREZZO 298/2018	Omissione del trattamento necessario che avrebbe offerto il 30% di possibilità alla paziente di evitare le invalidità poi conseguite	Danno biologico (invalidità riportate) di 732.873 ridotto al 30% = 219.861,90
TRIBUNALE PERUGIA 251/2019	Omessa diagnosi di infarto che ha causato la perdita del paziente delle chance di evitare superare la malattia senza invalidità	Danno biologico (invalidità riportate) di 1.071.458, ridotto al 35% = 375.000
TRIBUNALE MILANO. 8965/2021	Erronea scelta ed esecuzione di un intervento che avrebbe assicurato una chance di minori postumi invalidanti per la paziente (50%)	Danno differenziale (invalidità permanenti riportate – invalidità inferiori conseguibili), personalizzato e dimezzato (chance 50%) =211.570,12
TRIBUNALE LECCE. 3194/2021	A causa delle non idonee tempistiche dei sanitari del P.S, il paziente ha perso la possibilità (30%) di riportare dei postumi invalidanti inferiori	Danno differenziale (invalidità permanenti riportate – invalidità inferiori conseguibili), ridotto al 30% = 84.810,30

**TABELLA RELATIVA ALLA PERDITA DI CHANCE DI OUTCOME FAVOREVOLE QUANTIFICATO ATTRAVERSO L'IMPIEGO DELLA CHANCE COME COEFFICIENTE DI RIDUZIONE**

<b>AUTORITÀ</b>	<b>FATTISPECIE</b>	<b>LIQUIDAZIONE</b>
TRIBUNALE PISA 589/2015	Gi errori e le omissioni diagnostiche incorsi in seguito alla rimozione chirurgica del melanoma avevano causato la perdita di una consistente chance di guarigione	Valore invalidità temporanea pro die per i giorni in cui il paziente è rimasto in vita, ridotto alla metà
TRIBUNALE PARMA 751/2013	Una scorretta prestazione causa la riduzione delle chance della paziente di superare la patologia ed evitare l'evento morte	Valore invalidità permanente 100% ridotto al 30%
TRIBUNALE MODENA 2294/2016	Negligenza medica che ha impedito un corretto inquadramento dei sintomi della paziente, che aveva il 40% di possibilità di guarire se le fosse stato praticato l'intervento necessario	Danno biologico terminale (897.000,00) ridotto al 40% = 358.800,00
TRIBUNALE AREZZO 930/2016	A causa della non corretta scelta dei farmaci per il trattamento del paziente nel post-operatorio si verificava una perdita di chance del 50% di guarigione	Valore invalidità permanente del 100%, ridotto prima in ragione dei problemi di salute pregressi ed infine ridotto in ragione della chance
TRIBUNALE RAVENNA SENT. 1223/2016	L'imprudenza e negligenza medica hanno cagionato un ritardo diagnostico con conseguente perdita della possibilità (10%) per l'attore di evitare la recidiva del cancro	Danno biologico permanente (assunto nel suo valore medio) decurtato al 10%
TRIBUNALE BELLUNO 268/2018	Ritardo diagnostico di un tumore causato da un errore durante la visita di controllo con perdita per l'attore delle possibilità di evitare la recidiva del cancro	Danno biologico (stimato sulla base del valore massimo per la perdita del rapporto parentale) ridotto al 35% = 122.500,00
TRIBUNALE MILANO. SENT. 1100/2022	L'errore diagnostico a cui è seguito un inesatto trattamento clinico del tumore ha causato la perdita di chance di guarigione (stimate al 45%)	Danno biologico totale (danno b. terminale + danno da invalidità temporanea) ridotto del 55% = €39.282,97
TRIBUNALE LECCE 1266/2021	L'erronea esecuzione di una tracheotomia percutanea aveva comportato l'impossibilità di trattare la paziente con un farmaco specifico per l'infezione in corso, con la conseguente perdita del 30% della chance di guarire	Calcolato il danno biologico terminale sofferto ridotto del 30%

Analizzando comparativamente le pronunce testé sintetizzate in tabella è possibile ricavare alcune costanti.

Innanzitutto, emerge come le quantificazioni operate attraverso la valutazione meramente equitativa corrispondano ad importi fra di loro non omogenei. Infatti, i



giudici, anche in fattispecie analoghe, sono giunti a liquidare somme largamente differenti.

Si prenda, ad esempio, il confronto fra la decisione del Tribunale di Arezzo del 03/04/2012 e la pronuncia 2293/2017 del Tribunale di Benevento. Ambedue afferiscono alla perdita di chance del paziente di evitare le complicazioni, rispettivamente, di un trapianto di un rene e dell'invalidità motoria permanente. Tuttavia, il divario fra gli importi liquidati è eccessivo e difficilmente giustificabile anche laddove si tenesse conto della differenza di età fra i pazienti (da un lato 100.000, dall'altro 18.000).

Queste implicazioni, per quanto connaturate a questo tipo di approccio, tuttavia, non sembrano essere in linea con le statuizioni della Corte di Cassazione in materia di liquidazione del danno biologico, né tantomeno con il principio di eguaglianza sancito all'articolo 3 della Costituzione.

Attualmente, sono innumerevoli le pronunce<sup>115</sup> con le quali la Suprema Corte ha evidenziato che, al fine di assicurare una effettiva applicazione dei principi di equità nel processo civile, è fondamentale evitare, a fronte di casi analoghi, un qualsiasi tipo di la difformità di giudizio, anche laddove esclusivamente in fase liquidatoria.

Tali premesse sono sempre state seguite da un invito rivolto alle corti di merito a adottare le tabelle elaborate dal Tribunale di Milano. Queste, infatti, individuando dei valori idonei a indirizzare il concetto di equità valutativa, sono funzionali a garantire l'adeguatezza della liquidazione del caso concreto e l'uniformità di giudizio.

Pertanto, avendo la Corte Di Cassazione stabilito che tali tabelle rappresentano il criterio in assoluto preferibile in materia di quantificazione del danno non patrimoniale, appare coerente che il loro utilizzo debba aversi anche in relazione al danno da perdita di chance.

La soluzione, quindi, di ridurre gli importi suggeriti dalle tabelle milanesi in maniera proporzionale alla chance appare maggiormente preferibile, sebbene, comunque, non sia priva di criticità.

Indubbiamente, adottando questo approccio, il ruolo del medico legale diviene determinante non più esclusivamente in relazione *all'an* risarcitorio, ma anche per l'individuazione del *quantum*. Il suo compito, infatti, non dovrà limitarsi a fornire una semplice valutazione rispetto alla consistenza delle chance di guarigione sottratte, ma dovrà essere completato con indicazioni di stima specifiche.

Tuttavia, la possibilità che le valutazioni dell'ausiliare del giudice acquistino un peso di questa portata non solo è accettata dalla giurisprudenza di legittimità, ma sembra essere quasi l'obiettivo al cui conseguimento volgono le recenti pronunce in materia.

In particolare, a partire dalla sentenza n.6443 del 2019 la Suprema Corte ha statuito che rientrano fra le sentenze viziate, per cui è possibile proporre ed ottenere annullamento in secondo grado, anche le pronunce fondate su c.t.u. meramente generiche ed assertive. Dunque, non è più possibile per il consulente tecnico pronunciarsi in termini vaghi rispetto alla consistenza della chance, essendo invece per

---

<sup>115</sup> Fra le più note Cass. civile sez. III n. 20895 del 15.10.2015 e Cass. Sez. III: 4 febbraio 2016, n. 2167.

lui imperativo fornirne una concretizzazione in termini numerici, quantomeno con una forbice di minima e massima possibilità.

Per cui, ogniqualevolta il perito dovesse limitarsi a constatare l'esistenza di una chance, senza andarne altresì a specificare l'effettivo ammontare, il giudice è tenuto a disporre l'integrazione della consulenza, non potendo invece pronunciarsi sulla base di informazioni lacunose.

Tuttavia, è necessario sottolineare come nella pratica quotidiana non sia raro trovarsi nell'impossibilità di desumere dalla letteratura scientifica indicazioni percentuali precise quanto alla probabilità di raggiungere l'outcome ottimale. In tali casi, il c.t.u. potrebbe essere concretamente solo in grado di fornire delle indicazioni meramente descrittive, qualificando la chance in termini di minima/media/elevata. Al fine di consentire comunque l'utilizzo di consulenze così formulate, Ronchi, Mastroberto e Genovese<sup>116</sup> suggeriscono di attribuire a tali espressioni dei valori convenzionali pari rispettivamente a 20%, 30%, 40%. La scelta di queste percentuali tiene conto sia del cut off del 20%, al di sotto del quale, secondo la prospettiva degli autori<sup>117</sup>, non si dovrebbe dar luogo al risarcimento; sia dell'esigenza di non portarsi a ridosso di quel valore del 51% che rappresenta il confine oltre il quale matura il diritto del risarcimento dell'intero.

Pertanto, dinnanzi all'incapacità del c.t.u. di quantificare la chance, il giudice potrebbe ricorrere alla seguente tabella:

"Grado" di perdita delle chances	Percentuale di riferimento
Minime	20%
Medie	30%
Elevate	40%

Alla luce di detti elementi, è quindi possibile ipotizzare una soluzione al problema della quantificazione del danno da perdita di chance.

Quando, infatti, la chance perduta si sostanzia nella possibilità di riportare dei postumi invalidanti inferiori o di evitare l'evento morte, la risoluzione che appare più corretta è quella di dare applicazione alla formula delineata da Ronchi, Mastroberto e Genovese<sup>118</sup>.

Gli autori suggeriscono di individuare il corretto ammontare del risarcimento attraverso:

$$X = C\% \times (D - O),$$

laddove X corrisponde al danno da liquidare, C alla percentuale della chance perduta,

---

<sup>116</sup> Op. cit. p.99.

<sup>117</sup> Gli autori ritengono che laddove la chance avesse un ammontare inferiore al 20% non si potrebbe neanche correttamente discorrere di un danno, dal momento che il valore contrappeso della impossibilità di raggiungere il risultato sperato supererebbe l'80%.

<sup>118</sup> E. Ronchi, L. Mastroberto e U. Genovese, op.cit., p.98.

D al danno concretamente subito e O all'outcome ottimale che, in assenza dell'inadempimento medico, avrebbe potuto conseguire.

Il ricorso a tale formula, in realtà, sarebbe auspicabile anche nei casi in cui l'evento sotteso alla perdita della chance è la possibilità di evitare l'evento morte e non solo, come ha invece fino ad ora avuto applicazione, nei casi in cui l'outcome favorevole si sostanzia nella possibilità di riportare postumi meno invalidanti. Infatti, anche in questi casi sarebbe astrattamente individuabile un danno differenziale dato dalla differenza fra il danno biologico terminale e l'outcome favorevole che il paziente avrebbe diversamente potuto riportare.

Si prenda ad esempio, il caso deciso dal Tribunale di Modena con sentenza 2294/2016. Se il perito avesse individuato quale avrebbe potuto essere il quadro clinico in cui si sarebbe potuta trovare la paziente in assenza dell'inadempimento medico, il giudice avrebbe potuto procedere alla stima di quel danno differenziale (danno biologico terminale - danno biologico astrattamente riportabile) da decurtare dopo in relazione alla misura della chance.

Vi è però un aspetto che emerge chiaramente sia dalle sentenze in cui la quantificazione è stata operata attraverso l'applicazione della chance come coefficiente di riduzione, sia in quelle in cui il giudice è ricorso ad una valutazione meramente equitativa. Ambedue gli approcci hanno come presupposto il fatto che il risarcimento del danno da perdita di chance debba avere un ammontare necessariamente inferiore rispetto a ciò che potrebbe essere liquidato in sede di accertamento del danno per mancato conseguimento dell'evento.<sup>119</sup>

L'insanabile incertezza rispetto all'effettiva concretizzazione o meno dell'evento favorevole, infatti, si ripercuote sulle conseguenze dannose (che in sede civilistica si sostanziano nella condanna ad un risarcimento del danno) che il danneggiante subisce per via della propria negligenza e che logicamente dovranno essere più attenuate rispetto a quei casi in cui il sanitario, con un corretto adempimento, avrebbe potuto certamente assicurare al paziente il conseguimento del risultato sperato.

Per questa ragione, risultano censurabili due decisioni del 2018, assunte dal Tribunale di Torre Annunziata e dal Tribunale di Macerata.

Entrambe le pronunce, infatti, pur afferendo a ipotesi di perdita di chance di guarigione, nello specifico per perdita della possibilità di riportare dei postumi meno invalidanti, dispongono a favore degli attori un risarcimento del danno "integrale". I giudici decidevano di liquidare il danno differenziale nella sua interezza, senza procedere invece all'opportuna rivalutazione delle somme in considerazione dell'assenza di certezze che, in presenza di un corretto adempimento, la paziente avrebbe conseguito il risultato sperato.

---

<sup>119</sup> Presupposto condiviso da G. Cricenti *La perdita di chance nella responsabilità civile*. Torino: Giappichelli, 2019, p. 122, in cui, nel trattare della liquidazione del danno da perdita di chance afferma chiaramente che questo debba necessariamente essere inferiore rispetto all'importo in cui sarebbe quantificabile la perdita del risultato sperato.

### ***Tribunale Torre Annunziata 161/2018***

Con sentenza numero 161 del 2018 il tribunale di Torre Annunziata accoglieva la richiesta di risarcimento dei danni avanzata da parte attrice con riferimento ai pregiudizi subiti a causa dell'inadempimento medico verificatosi nel corso del proprio ricovero.

Parte attrice allegava, a fondamento della domanda, che, il mattino del 27 gennaio, verso le 7.00 circa, nell'alzarsi dal letto, perdeva l'equilibrio, rovinando a terra a causa di quello che poi sarebbe stato diagnosticato come "un ictus ischemico cerebrale". L'uomo non aveva memoria né dell'arrivo dei sanitari né tantomeno delle modalità con cui era stato trasportato in ospedale, ma aveva solo successivamente appreso di essere stato soccorso dai conoscenti e da alcuni vicini di abitazione e quindi trasportato in ambulanza presso il Pronto Soccorso con anamnesi "sospetto ictus cerebri con emiparesi a SIN" e con esame obiettivo "dislalia, emiparesi DX". Aveva inoltre appreso di essere stato sottoposto a TAC, e successivamente informato di dover attendere per le ventiquattro ore successive per essere monitorato. Esponeva che in tale lasso di tempo permaneva l'impossibilità di muovere braccio e gamba sinistri. Successivamente il deducente era stato trasferito a Roma, ove risiedeva, e ove era stato sottoposto ad una terapia antiaggregante – antiedemigena (nessun medico del presidio sanitario sorrentino aveva avanzato obiezioni circa lo stato di salute del deducente, sconsigliandone il trasporto.)

Sulla base di tali circostanze, la parte attrice riteneva ravvisabile la responsabilità professionale dell'ente convenuto in ordine all'erronea la diagnosi di "ischemia cerebrale transitoria" formulata presso il Pronto Soccorso sorrentino al momento delle dimissioni, in luogo di quella corretta inizialmente formulata ("sospetto ictus cerebri" con sintomi di "emiparesi dx - poi corretto in sinistra - e dislasia"). L'erronea diagnosi avrebbe poi determinato un errato approccio terapeutico, poiché il paziente non era stato collocato in un reparto specialistico per il dovuto monitoraggio, né trattato con terapia a base di antiaggreganti, come consigliato in caso di sospetto ictus. In particolare, a causa della malpractice addebitata al personale medico della struttura gestita dalla convenuta ASL, il trattamento adeguato non era stato iniziato alle ore 07.07 del 27.01.2013, momento del ricovero presso l'Ospedale, ma soltanto alle ore 15.00 dello stesso giorno, al momento del ricovero. Tale condotta, secondo quanto allegato dalla parte attrice, ha comportato una notevole riduzione della chance di una ripresa funzionale, determinando un danno neuro-cerebrale corrispondente a circa il 50% di inabilità permanente. In particolare, secondo la ricostruzione del consulente di parte richiamata dalla parte attrice, il cd. danno differenziale attribuibile alla non corretta valutazione clinico terapeutica ha comportato nella specie un danno biologico permanente quantificabile nel 30 - 33%.

La CTU espletata chiariva innanzitutto che il paziente era effettivamente stato colpito da ictus cerebrale di natura ischemica con esiti motori gravi e precisava che la diagnosi iniziale non era in conflitto con quella di dimissione, in quanto ischemia cerebrale transitoria ed ictus cerebrale sono livelli di diversa gravità di una stessa patologia.

Pertanto, da un lato veniva escluso l'inadempimento del personale medico del presidio

ospedaliero sorrentino con riferimento all'erroneità della diagnosi, mentre dall'altro veniva confermata l'inadeguatezza del trattamento sanitario a cui il paziente era stato sottoposto. In particolare, il CTU chiariva che "il trattamento in urgenza dell'ictus ischemico va effettuato da personale esperto, addestrato, e in una precisa finestra temporale che, nel caso in specie (ictus nel territorio cerebrale vascolare anteriore) e considerando le linee guida ISO - SPREAD all'epoca dei fatti (2013), era di quattro ore e mezza dall'inizio della sintomatologia". In particolare, le cure consigliate dalle linee guida consistevano nel praticare una terapia trombolitica, anche per via venosa periferica, per la quale non v'erano, nel caso considerato, controindicazioni. Peraltro, il CTU specificava che sulla base della Raccomandazione 8.10 D, "gli ospedali non organizzati per effettuare la trombolisi devono comunque provvedere alla diagnosi ed alla migliore gestione del paziente, anche ricorrendo alla consulenza per via telematica da parte di un Centro e disponendo per il trasporto rapido in Centri organizzati per la sua esecuzione".

In sintesi, quindi, secondo la ricostruzione del consulente, il personale medico dell'Ospedale di Sorrento non solo non ha praticato al paziente la terapia trombolitica, ma neppure ne ha curato il trasferimento presso un vicino centro specializzato ove tali cure gli potevano essere praticate.

Pertanto, concludeva che l'erroneo approccio terapeutico seguito dai sanitari del nosocomio sorrentino aveva privato il paziente di una significativa chance di un soddisfacente recupero funzionale, concretizzato nella possibilità di riportare un danno biologico permanente del 20%, in luogo del danno concretamente subito del 50%.

Pertanto, il danno non patrimoniale subito dal dante causa degli attori, con riferimento alla sua diretta incidenza sia sugli aspetti anatomico - funzionali, sia sulla sofferenza psichica connessa alle lesioni veniva liquidato in via equitativa, in attuali euro 152.118,00, per l'invalidità permanente al 33 % in un soggetto leso di anni 67.

In questo caso, il giudice quindi non ha ritenuto necessario decurtare l'importo in ragione della chance.

Sulla base, invece, della soluzione pocanzi prospettata <sup>120</sup>il danno liquidato sarebbe dovuto corrispondere ad euro 60.847,2, ossia al 40% del danno "integrale", in considerazione del fatto che sebbene il c.t.u non abbia specificatamente indicato l'ammontare della chance, l'abbia definita come significativa.

#### ***Tribunale Macerata. Sent. 14/02/2018 n.7***

Con sentenza n.7 del 2018, il Tribunale di Macerata accertava il danno subito dalla attrice in conseguenza del comportamento colposo posto in essere dai sanitari che la ebbero in cura.

A fondamento della domanda, era stato esposto che la donna era stata ricoverata, dal giorno 20 al giorno 22 gennaio 2006, presso la divisione di Ostetricia-Ginecologia e per "Condilomatosi vulvo-perianale" ed era stata sottoposta a un intervento chirurgico di diatermocoagulazione. Veniva inoltre dedotto che la donna aveva notato, dopo

---

<sup>120</sup> Si fa riferimento alla tabella proposta da Ronchi, Mastroroberto e Genovese.

diversi giorni dall'intervento, la comparsa di secrezioni vaginali maleodoranti fino alla prima settimana di febbraio 2006, quando si è verificata la fuoriuscita di feci dalla vagina. Alla fine del mese di febbraio 2006 le è stata diagnosticata quindi una fistola retto-vaginale e dopo alcuni controlli effettuati a fine ottobre del 2006 si era sottoposta ad interventi di chiusura dell'orifizio fistoloso sempre presso la medesima struttura convenuta. Durante il ricovero del 30 ottobre 2006 - 6 novembre 2006 per la fistola retto-vaginale i sanitari della struttura avevano effettuato una stomia in fossa iliaca sn con esteriorizzazione del sigma. La donna era stata poi ricoverata nuovamente presso dal 9. Febbraio 2007 al 10 febbraio 2007 e dall'11 febbraio 2007 al 21 febbraio 2007, ma nessuno degli interventi eseguiti in quel periodo era risultato utile.

Ricorreva pertanto in giudizio, attribuendo l'insorgenza della fistola retto-vaginale ad un'errata esecuzione dell'intervento di diatermocoagulazione per l'uso non corretto del bisturi elettrico, il quale, spinto ben oltre la mucosa vaginale sede dei condilomi, ha comportato una lesione a livello del setto retto-vaginale e, in particolare, un orifizio vaginale ingranditosi con il tempo, con la conseguente graduale insorgenza di fatti flogistici fino alla necrotizzazione dei tessuti posti a confine tra vagina e retto. Inoltre, asseriva che anche i successivi interventi chirurgici non sono stati eseguiti correttamente e sono risultati, pertanto, vani e non risolutivi del problema;

Tale prospettazione non risultava piena condivisa dal CTU. Questi, infatti, pur prendendo atto delle risultanze di causa, secondo le quali la fistola era senz'altro comparsa dopo qualche giorno rispetto all'intervento chirurgico e pur riconoscendo quindi, sulla base del criterio cronologico, una astratta compatibilità del nesso di causalità tra l'intervento di diatermocoagulazione e la fistola retto-vaginale, ha tuttavia escluso la sussistenza di tale nesso di causalità in concreto e ciò sulla base dei preponderanti criteri modale e topografico. In proposito il C.t.u illustrava che la parete anteriore del retto non è in relazione con le pareti laterale e anteriore della vagina e che, in ogni caso, la necessità di divaricare le pareti anteriore e posteriore per poter trattare la parete laterale non giustificerebbe una lesione neanche per un errore manuale. L'ausiliare sottolineava pertanto che la modalità di esecuzione di DTC impedisce la produzione di necrosi termica profonda, la quale avrebbe oltretutto dovuto estendersi obliquamente dalla parete laterale della vagina alla parete del retto. Sulla base della descrizione delle lesioni e dell'intervento riportato nella cartella clinica il C.t.u escludeva quindi che la diatermocoagulazione sul condiloma situato sul nodulo emorroidario avesse potuto provocare la fistola retto-vaginale. Secondo l'ausiliare, con alta probabilità, la fistola era invece partita da una lesione condilomatosa e gravemente displasica del versante rettale e non da lesioni ipoteticamente provocate sul versante vaginale. Inoltre, osservava come la condizione di sieropositività dell'attrice, pur non essendo causa diretta della fistola, abbia contribuito ad aggravare la displasia per via della riduzione della capacità di reagire del sistema immunitario

Diversamente, quanto al profilo della correttezza del trattamento terapeutico dell'HPV in soggetto siero positivo, le osservazioni del C.t.u consentivano di accertare un profilo di responsabilità professionale del dottore, che aveva preso in cura la paziente e ha eseguito l'intervento del 9 febbraio 2007. Il C.t.u evidenziava, infatti, come la condizione

di sieropositività all'HIV avrebbe dovuto suggerire una più stretta collaborazione con gli infettivologi di riferimento, della quale in atti non vi era traccia, e che la risultanza in anamnesi di un CIN III avrebbe necessitato l'inizio di una terapia antiretrovirale. Pertanto l'ausiliare concludeva che, posta l'assenza di nesso di causalità con l'intervento del 20 gennaio 2006, secondo il criterio del più probabile che non, le condizioni attuali dell'attrice fossero dovute a una serie di fattori causali, tra i quali anche il mancato studio completo della fistola retto-vaginale, il mancato riferimento ad un centro specifico o a un chirurgo colo-rettale esperto, alla scelta della via trans-vaginale, al mancato inizio della terapia antiretrovirale nel 2007, sia in relazione alla displasia cervicale sia in relazione alla accertata displasia grave sulla sede della fistola. Il C.t.u ha quindi ritenuto che il trattamento della fistola retto vaginale eseguito dal Dott. Ma., per tutti i motivi suindicati, abbia prodotto una perdita della possibilità di guarigione nella percentuale del 35%- 38%, da valutarsi sull'80% della possibilità reale e statistica di guarigione. Il C.t.u, in conclusione, posto che una colostomia definitiva produce un'invalidità permanente che, in relazione al sesso e all'età della paziente, ha ritenuto pari al 40%, stimava che la condotta tenuta dal medico abbia ridotto la chance di guarigione del 35 - 38%. Quindi, considerate le chance di guarigione, in caso di fistola retto vaginale pari all'80%, riconosceva un danno differenziale da invalidità permanente tra il 20 e il 25%. Inoltre, in considerazione dei multipli interventi eseguiti per i tentativi di correzione della fistola retto vaginale, il C.t.u accertava una inabilità temporanea assoluta di tre mesi, una inabilità parziale al 50% per tre mesi, una inabilità parziale al 25% per 66 mesi, ritenendo che dopo l'intervento del gennaio 2012 la condizione sia ormai stabilizzata.

Quanto al pregiudizio effettivamente sofferto, il C.t.u, riconosceva che la donna aveva riportato un danno biologico permanente pari al 40%, di cui il 20 - 25% a titolo di maggior danno rispetto a quello prevedibile qualora si fosse intrapresa idonea terapia, oltre ad un'inabilità temporanea totale di mesi tre, ad un'inabilità temporanea al 50% di mesi tre e, infine, ad un'inabilità temporanea al 25% di mesi sessantasei, considerando che il comportamento omissivo dei sanitari ha comportato un prolungamento del periodo di inabilità della paziente, la quale è stata sottoposta a plurimi ricoveri ospedalieri.

Ciò detto, ai fini della liquidazione del danno non patrimoniale, il giudice, tenendo conto delle tabelle in uso presso il Tribunale di Milano, liquidava il differenziale tra il danno biologico permanente complessivamente valutato dal CTU al 40% e la percentuale che, secondo la valutazione del medesimo, sarebbe dunque, in ogni caso, residuata in capo all'attore in conseguenza della fistola retto-vaginale, vale a dire il 17% di danno biologico: il ristoro aveva dunque ad oggetto il differenziale del 23%, che rappresentava il grado di pregiudizio che effettivamente sofferto dall'attrice quale conseguenza della negligenza in sede di trattamento della fistola.

Pertanto, sulla base delle risultanze della consulenza tecnica, il pregiudizio non patrimoniale patito veniva quantificato in complessivi euro 217.133 (vale a dire invalidità permanente al 40% pari a euro 274.713,00 - invalidità permanente al 17%, pari a euro 57.580).

Tale liquidazione veniva poi aumentata del 30% e quindi della somma pari ad Euro 65.140, per un totale di Euro 282.273, in considerazione dell'acuta sofferenza provata dalla giovane donna, che si è dovuta sottoporre a diversi interventi chirurgici e a plurimi accertamenti e cure mediche nei successivi cinque anni, per le presumibili pesanti conseguenze che il dolore provato, anche per la gravità della patologia permanente riportata, ha provocato nella sua vita quotidiana e di relazione, sia sul piano motorio, in termini di mantenimento di autonomia per un periodo prolungato di tempo, sia sul piano sociale, in particolare nei rapporti familiari e di coppia.

Il giudice ha quindi liquidato interamente il danno differenziale, senza tenere in considerazione il fatto che l'inadempimento medico aveva semplicemente cagionato una diminuzione delle chance di guarigione della paziente di conseguire l'outcome ottimale, che dall'80% erano scese al 45/42%.

Pertanto, l'importo avrebbe dovuto essere decurtato in ragione dell'effettivo danno subito, ovvero la riduzione di circa il 35/38% delle chance di guarigione e liquidato quindi in euro 103.029,6 (assumendo il valore intermedio di 36.5%)



## CAPITOLO III

### La quantificazione del danno da perdita di chance di sopravvivenza

**Sommario:** 1. Il danno da perdita di chance di sopravvivenza; 2. La valutazione equitativa; 3. La valutazione parametrata sul coefficiente di riduzione; 4. La valutazione parametrata al valore degli anni di vita; 3.5. Considerazioni conclusive

#### ***1. Il danno da perdita di chance di sopravvivenza***

Come già sottolineato, in relazione all'ambito medico è possibile ravvisare due distinte tipologie di chance: la chance di guarigione e la chance di sopravvivenza.

Mentre nel primo caso la chance corrisponde alla possibilità di ottenere un risultato migliore o evitare l'evento morte, le fattispecie in cui sono rintracciabili le chances di sopravvivenza sono invece quelle ove, a causa dell'errore medico, il paziente ha perduto la possibilità di vivere per un periodo di tempo maggiore, ovvero patendo delle sofferenze inferiori.

Il discrimine, quindi, fra le ipotesi di chance di guarigione e di chance di sopravvivenza è che in quest'ultimo caso il medico non avrebbe potuto impedire l'evento morte, ma avrebbe semplicemente potuto incidere sulle tempistiche o modalità di verifica dello stesso.

Sempre a titolo meramente esemplificativo, si richiama l'esempio proposto da Aprile, Fabris e Rodriguez.

La vicenda clinica presentata riguarda il decesso di un neonato affetto da grave cardiopatia congenita, che i genitori imputavano all'errore diagnostico-terapico dei professionisti sanitari intervenuti.

Il bambino nasce in ospedale alla trentottesima settimana di gestazione e le sue iniziali condizioni cliniche sono buone. Vengono effettuati i controlli di routine, tra cui due elettrocardiogrammi, che sono erroneamente refertati come normali, nonostante la presenza di 190 battiti per minuto (eccessivamente elevata dato che il range si colloca fra i 95 e i 145 battiti al minuto nei neonati a termine).

Il bambino è dimesso, a tre giorni di vita, con indicazione di eseguire un ECG di controllo dopo circa 10-15 giorni, senza altre prescrizioni. All'età di 15 giorni, esegue una visita di controllo in ospedale, con un terzo ECG, che anche questa volta è refertato come «normale» pur in presenza di frequenza cardiaca di 235 battiti per minuto, chiaramente abnorme. Il bambino è mandato a domicilio, senza alcuna sollecitazione a effettuare ulteriori accertamenti e approfondimenti specialistici cardiologici, né viene prescritta alcuna terapia finalizzata al tentativo di normalizzare il ritmo cardiaco. All'età di un mese circa di vita, il bambino presenta difficoltà di respirazione e inappetenza e, su suggerimento del pediatra di famiglia al quale la madre aveva descritto i sintomi

telefonicamente, il piccolo è trasportato immediatamente dai genitori al pronto soccorso di un diverso ospedale, dove giunge in condizioni gravissime, con diagnosi di shock cardiogeno e tachiaritmia sopra ventricolare. Un'ecocardiografia evidenzia un'importante disfunzione contrattile. Sono effettuate manovre rianimatorie associate a multipli tentativi di cardioversione elettrica. Dato il grave quadro clinico di insufficienza cardiaca, si pone indicazione all'ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO). Dopo l'impianto dell'assistenza ECMO, si evidenzia un quadro clinico di emorragia cerebrale che porta al decesso il giorno successivo.

In ordine alla condotta dei professionisti, l'analisi del c.t.u. evidenzia come questi abbiano tenuto un comportamento non condivisibile e non conforme alle norme di buona pratica clinica. Infatti, nonostante un ripetuto rilievo di grave tachicardia, non hanno mai preso in considerazione l'eventualità di sottoporre il neonato ad accertamenti c.d. di secondo livello per la valutazione cardiologica pediatrica.

Ad ogni modo, veniva anche rilevato come in caso di una esecuzione conforme della prestazione quello che i medici avrebbero potuto garantire al neonato era solo una chance del 35% di sopravvivere per altri due anni rispetto ai pochi mesi che aveva vissuto. Infatti, le conseguenze letali delle alterazioni strutturali malformative del tessuto di conduzione di cui il neonato era risultato affetto, avrebbero potuto esclusivamente essere attenuate dal trattamento farmacologico che i sanitari avrebbero dovuto disporre.

Ovviamente, però non vi era certezza che il trattamento avrebbe effettivamente funzionato, posto che avrebbe quindi solo creato una chance in capo al paziente di sopravvivere più a lungo.

Le ipotesi classiche che possono essere correttamente inquadrare nel danno da perdita di chance di sopravvivenza sono, tuttavia, quelle in cui l'inadempimento del medico si è tradotto in un ritardo diagnostico di un processo tumorale morbosissimo, suscettibile di cagionare la morte della persona affetta. Nella maggior parte di questi casi, una corretta attività diagnostica avrebbe permesso di individuare la patologia ad uno stadio meno avanzato e conseguentemente avrebbe garantito al paziente la possibilità di accedere a trattamenti chirurgici, ovvero a cure palliative, che ne avrebbero potuto o posticipare l'*exitus*, o attenuarne le sofferenze ovvero entrambe le cose. Pertanto, ciò che viene meno non è la possibilità di evitare l'evento morte, che l'adempimento medico non avrebbe potuto comunque impedire, ma di conseguire una maggiore o migliore aspettativa di vita.<sup>121</sup>

Dalle ipotesi così strutturate è possibile cogliere un'ulteriore specificità della chance di sopravvivenza, ossia come questa si possa talvolta concretizzare in una doppia chance<sup>122</sup> a carico del paziente: quella di vivere durante il progresso della malattia meglio e quella di vivere più a lungo, anche se per poche settimane o mesi.

Questo aspetto emerge chiaramente da due sentenze della Corte di Cassazione, la n. 23846 del 2008 e la n. 11522 del 2014.

---

<sup>121</sup> B. Guidi ed E. Sereni in *"Il risarcimento del danno da perdita di chances di vita, di cura e di guarigione: prassi, trend e criteri liquidatori"*, op.cit.

<sup>122</sup> L. La Battaglia, op.cit. p.357

Entrambe le pronunce ineriscono a due ipotesi di ritardo diagnostico.

In particolare, la sent. del 2008, nel chiarire la natura poliforme della chance di sopravvivenza, (nella misura in cui questa può configurarsi sia come possibilità di vivere meglio, o di vivere più a lungo o entrambe), ha specificamente evidenziato la necessità per quel danneggiato che si affermi tale per ambedue i pregiudizi, di soddisfare due differenti oneri della prova.

Mentre, nella successiva pronuncia la Suprema Corte si è specificatamente espressa in merito alla prova che il danneggiato (o realisticamente i suoi eredi) deve allegare affinché venga accertata la sussistenza del danno da perdita di chance di condizioni di vita migliore. La parte attrice deve, quindi, documentare che il ritardo nella somministrazione delle cure palliative ha cagionato un danno alla persona *"per il fatto che nelle more egli non ha potuto usufruire dell'intervento e, quindi, ha dovuto sopportare (quel)le conseguenze del processo morboso e in particolare un dolore"*<sup>123</sup> che diversamente, seppur senza risoluzione del processo morboso, un corretto intervento avrebbe potuto alleviare.

Viceversa, invece, in ordine alla perdita di chance di sopravvivenza per un periodo di vita maggiore, l'attore dovrà essere in grado di dimostrare l'ulteriore lasso di tempo di cui avrebbe eventualmente potuto beneficiare, in assenza dell'errore dei sanitari.

Quindi, per quanto le corti di merito utilizzino frequentemente la terminologia di perdita di chance di guarigione e di perdita di chance di sopravvivenza come endiadi, in realtà le fattispecie ad esse sottese sono profondamente differenti fra di loro e presuppongono due diversi approcci sia sul piano probatorio sia sul piano della quantificazione del danno.

In particolare, nei casi di danno da perdita di chance di sopravvivenza per un periodo maggiore, la liquidazione dovrebbe tener conto, non solo del danno sofferto ma anche della perdita di quel maggiore periodo di tempo che il paziente avrebbe potuto vivere. Il divario fra le fattispecie di danno da chance di guarigione e quelle di perdita di chance di sopravvivenza risiede fondamentalmente nel fattore tempo, posto che, in quest'ultime il corretto intervento del sanitario non avrebbe potuto impedire l'evento morte, ma solo ritardarlo o renderlo meno "doloroso".

Anche in questo caso, tuttavia, si rende necessaria una premessa: la potenziale diminuzione dell'aspettativa di vita del paziente è sia la caratteristica peculiare che differenzia la chance di sopravvivenza dalla chance di guarigione, sia l'elemento che fonda le problematiche legate a questa categoria di danno. Infatti, prima ancora di comportare una divergenza di approccio a livello di quantificazione del danno, la chance di sopravvivenza denota una difformità di vedute in merito alla astratta risarcibilità della sua perdita.

Sono diversi i Tribunali che nel corso del tempo si sono espressi in maniera non conforme alla soluzione tratteggiata dalla Suprema Corte in ordine a questa categoria di danno.

Fra le pronunce maggiormente rappresentative della non costante aderenza da parte delle corti di merito all'indirizzo tratteggiato dalla Corte di Cassazione si collocano le

---

<sup>123</sup> Così, Corte di Cass. 23 maggio 2014 n.11522.

sentenze del Tribunale di Rimini del 4 novembre 2016<sup>124</sup> e del Tribunale di Monza del 5 dicembre del 2017.

La prima è emblematica dal momento che rappresenta un chiaro esempio di quelle che sono le perplessità, ancora persistenti in una par giurisprudenza di merito, in ordine all'accertamento del nesso causale.

La seconda sentenza, invece, evidenzia chiaramente la difficile (e a detta di molti contraddittoria)<sup>125</sup> relazione che intercorre fra l'astratta risarcibilità del danno da perdita di chance di sopravvivenza e la negazione del risarcimento del danno da morte.

#### **Tribunale di Rimini. Sent. 4/11/2016.**

Con la presente pronuncia il Tribunale rigetta la richiesta di risarcimento del danno avanzata dagli attori in conseguenza del decesso anticipato della propria congiunta, la cui causa era imputata all'inadempimento dei sanitari dell'Ospedale presso cui era stata ricoverata. Veniva esposto che questi ultimi, avendo lasciato trascorrere ben otto mesi prima di procedere ad un intervento che, se eseguito tempestivamente, avrebbe avuto alte possibilità di successo in termini di migliori prospettive future, avevano comportato per la paziente la perdita di chance di sopravvivenza.

Infatti, per come anche accertato da c.t.u., nel caso di specie un corretto e pronto inquadramento diagnostico - terapeutico, costituito da un precoce intervento chirurgico di isteroannessioctomia, avrebbe certamente limitato la possibilità di una eventuale diffusione metastatica della neoplasia, risparmiando alla paziente la sopraggiunta necessità di subire impegnativi interventi di chirurgia toracica e di sottoporsi ad elevate dosi di radioterapia. In particolare, veniva censurato il comportamento del ginecologo che aveva effettuato la visita specialistica sulla donna, in occasione del suo accesso al Pronto Soccorso del 22.8.2007. Questi valutava la notevole massa già descritta dall'ecografista, limitandosi a consigliare, in modo assai generico, una rivalutazione ecografica a distanza (senza specificare in alcun modo quanta) ed eventuale isteroscopia ambulatoriale al persistere di ispessimento endometriale. Il comportamento doveroso omesso sarebbe stato invece quello di quantomeno sottolineare alla paziente l'importanza di effettuare in tempi brevi indagini dirette ad accertare la natura della massa parauterina, se non addirittura richiederne l'immediato ricovero per accertamenti.

Le conclusioni della consulenza tecnica da un lato permettono di accertare l'inadempimento dei sanitari, dall'altro inducono a circoscrivere il ritardo diagnostico esclusivamente alla perdita delle chance della paziente di sopravvivere per un periodo

---

<sup>124</sup> Per mera completezza si sottolinea come a partire dalla sentenza ivi riportata, il Tribunale di Rimini ha mantenuto costante nel tempo la propria difformità rispetto agli indirizzi della giurisprudenza di legittimità.

<sup>125</sup> A. Astone, *Il danno tanatologico (una controversa ricostruzione)*, in *Dir. Fam. Pers.*, 1, 2017, pp. 191 ss.; F. Vitarelli *Perdita di chance di sopravvivenza: una lettura epicurea per contestarne il disinvolto utilizzo*, *Rivista Italiana di Medicina Legale* (e del Diritto in campo sanitario), fasc.3, 2018, pag. 1210; L. Locatelli, *Le differenti vesti della Chance perduta e i suoi criteri di risarcibilità*, in *Resp. Civ. Prev.*, 2008; 3, pp. 2360-2375.

di tempo maggiore (chance che afferma essere consistente ma che non è in grado di quantificare), non ritenendo invece possibile che un tempestivo adempimento avrebbe consentito anche una minore sofferenza.

Il giudice conclude quindi nel senso di negare il risarcimento, fondando tale decisione sul mancato accertamento del nesso di causalità. Infatti, egli ritiene che una probabilità inferiore al 50% non possa essere sufficiente a fondare il nesso causale posta l'impossibilità di imputare l'evento di danno ad un professionista che, anche con un suo corretto adempimento, non avrebbe potuto, con probabilità maggiore del suo contrario, assicurare il conseguimento del risultato sperato. La logica di fondo è quella di non considerare la chance, perlomeno quella non patrimoniale, come bene autonomo rispetto al quale il paziente possa vantare una titolarità pregressa al momento dell'erogazione della prestazione medica.

Infatti, viene affermato che *"il ragionamento secondo cui la possibilità di conseguire un vantaggio rappresenta un bene (già) presente nel patrimonio del danneggiato (una sorta di avviamento), se può avere una sua logica relativamente ai diritti patrimoniali, non appare trasponibili al campo del danno non patrimoniale (derivante dalla lesione di interessi non patrimoniali)"*, data la circostanza che il paziente sarebbe comunque morto per il decorso infausto della malattia<sup>126</sup>. Pertanto, in assenza di una chance pari o superiore al 50% non sarebbe possibile rintracciare il rapporto causa effetto fra l'evento e la condotta medica che, quindi, per quanto inadempiente non dà luogo ad alcun tipo di responsabilità.

#### **Tribunale di Monza. Sent. 5/12/2017**

La pronuncia in esame inerisce alla richiesta di risarcimento dei danni avanzata da parte attrice in ordine alla privazione delle aspettative di una vita più lunga subita dal proprio congiunto a causa del ritardo diagnostico di una malattia terminale.

Nello specifico gli attori, per come poi confermato anche dal CTU, censuravano la negligenza dei sanitari che avevano avuto in cura il paziente e che non avevano tempestivamente individuato la malattia tumorale di cui egli era affetto al fegato. Detto ritardo aveva comportato l'impossibilità di procedere chirurgicamente al tentativo di resezione dell'organo, lasciando come unica opzione terapeutica la chemioterapia. Veniva quindi dimostrata la negligenza medica, da cui era poi dipesa la perdita per il paziente di quel 30/35% di possibilità, di cui avrebbe diversamente potuto beneficiare, di sopravvivere per i 5 anni successivi all'intervento.

Nel rigettare la richiesta di risarcimento il giudice argomentava nel senso di non ritenere la chance un bene distinto rispetto al diritto alla vita, dal momento che

---

<sup>126</sup> G. Cricenti in *"La perdita di chance come diminutivo astratto"* op.cit., in ordine al problema del nesso di causalità, sottolinea come il danno da perdita di chance di sopravvivenza sia in astratto di conducibile al concorso di due cause: il decorso della malattia e la condotta del sanitario, e che è solo intendendo l'evento di danno come la perdita delle possibilità possedute che è possibile l'accertamento del legame eziologico. Diversamente, considerando l'evento di danno la morte, questo risulterà principalmente causato dalla naturale evoluzione della patologia.

difetterebbe della caratteristica della autonomia. Infatti, la differenza fra il diritto alla vita, inteso come perdita della certezza di sopravvivere in maniera più duratura, e il diritto a preservare le proprie chance non è di natura qualitativa ma prettamente quantitativo, poiché nel primo caso si ha certezza (civilisticamente parlando) in ordine della verifica dell'evento, mentre nel secondo si ha una incertezza insanabile.

Pertanto, essendo la chance intranea allo stesso diritto alla vita, la sua astratta risarcibilità confligge con l'assunto, più volte ribadito dalla Suprema Corte, secondo cui la lesione del diritto alla vita per il tramite della morte non è risarcibile. Il giudice argomenta quindi che *"se non si può risarcire il diritto alla vita, nemmeno si può risarcire la sopravvivenza mancata, breve o lunga che sia, certa o possibile che sia. Se si segue Cass. S. U. 1530/15, ciò che sarebbe stato in assenza di morte causata dalla condotta del responsabile, è irrilevante; importa solo ciò che fu prima della morte."*

Escluso in questi termini il danno da perdita di chance, il giudice focalizza poi l'attenzione sul danno alla persona legato alla qualità di vita durante la sopravvivenza effettiva; ma soprattutto sulla perdita da parte del paziente della possibilità che egli avrebbe avuto di autodeterminarsi nelle proprie scelte di vita laddove avesse avuto più tempestivamente contezza del limitato lasso di tempo che gli restava.

Il giudice, quindi, ritiene che gli unici danni concretamente e coerentemente liquidabili siano quelli legati alla sofferenza morale patita del paziente che quantifica in via meramente equitativa in una somma complessiva di euro 50.000, risarcibile *iure successionis*.

Mentre la prima pronuncia riproposta quindi può essere semplicemente etichettata come la dimostrazione dello scetticismo persistente nei giudici di merito rispetto alla proposta di emancipazione e "razionalizzazione"<sup>127</sup> della chance prospettata dalla Corte di Cassazione (già a partire dal 2014 ed in ultimo nella sentenza 5461 del 2018<sup>128</sup>), la pronuncia del Tribunale di Monza invece mette in luce un problema di coerenza del complessivo sistema della responsabilità medica.

Infatti, il rapporto fra questa categoria di danno e il danno da morte si fa più complesso: se nel caso di chance di guarigione, la non configurabilità del danno da morte comporta semplicemente una delimitazione delle ipotesi astrattamente risarcibili, la chance di sopravvivenza, invece, pone il dubbio se la sua perdita possa addirittura rientrare nell'area del giuridicamente tutelabile.

Seguendo il ragionamento riportato nella sentenza in commento, che non considera la chance come bene giuridico autonomo rispetto alla vita, la decisione di non risarcire la perdita di chance di sopravvivenza appare infatti perfettamente coerente con l'attuale indirizzo giurisprudenziale che nega il risarcimento per la lesione del diritto alla per causa di morte.

---

<sup>127</sup> Così è definito da B. Tassone in *"La razionalizzazione della chance secondo la Cassazione e in prospettiva di comparazione"* in *Danno e resp.* 2018, p.912 il percorso argomentativo proposto nelle c.d. sentenze di San Martino dalla Suprema Corte in relazione al nesso causale nella perdita di chance. Infatti, la Corte di Cassazione nell'individuare nella perdita di chance l'evento di danno l'avrebbe resa coerente e razionale con l'impianto civilistico.

<sup>128</sup> Per la cui specifica analisi si rimanda a pagina 29 e ss. del presente lavoro.

Secondo l'orientamento della giurisprudenza di legittimità con la morte del soggetto viene pacificamente meno la capacità giuridica, e quindi l'idoneità ad essere titolare di situazioni giuridiche soggettive. Considerando quindi che il danno si verifica al momento della morte, il *de cuius* non può essere considerato titolare di alcun credito risarcitorio e di conseguenza nulla può trasmettere agli eredi.<sup>129</sup>

Il contrasto fra i principi enucleati dalla Corte di Cassazione, denunciato dal Tribunale di Monza, evidenzerebbe quindi ancora una volta la natura artificiosa della chance, utilizzata come escamotage "*per risarcire condizioni altrimenti irrisarcibili*" <sup>130</sup>. E ciò avverrebbe non più esclusivamente nei termini di distorsione delle regole in materia di nesso di casualità<sup>131</sup>, ma nel senso di aggirare le preclusioni della responsabilità risarcitoria.<sup>132</sup>

## **2. La valutazione equitativa**

Si rende necessario constatare come, nonostante le maggiori divergenze, il numero di sentenze in cui i giudici di merito sono concretamente giunti a liquidare il danno da perdita di chance di sopravvivenza sia di gran lunga più elevato rispetto alle ipotesi di chance di guarigione.

Questo dato può essere motivato alla luce di quella tendenza della giurisprudenza di legittimità a focalizzarsi principalmente su questa categoria di danno, che ha avuto l'indubbio pregio di attenuare il rischio che il danneggiato dimentichi di avanzare la specifica domanda di risarcimento.

Tuttavia, nonostante la maggiore frequenza con cui i tribunali si rapportano con il problema della quantificazione del danno, anche in questo caso, dal confronto fra le varie pronunce, è emersa una difficoltà nell'adottare un orientamento unitario.

Infatti, dall'analisi condotta in relazione alle sentenze della giurisprudenza di merito è emersa l'esistenza di tre differenti metodi di liquidazione del danno.

---

<sup>129</sup> F. Vitarelli in *Perdita di chance di sopravvivenza: una lettura epicurea per contestarne il disinvoltato utilizzo* in *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, fasc.3, 2018, pag. 1210

<sup>130</sup> L. Locatelli, *Le differenti vesti della Chance perduta e i suoi criteri di risarcibilità*, in *Resp. Civ. Prev.*, 2008; 3, pp. 2360-2375, di questo avviso anche Z. Zencovich, *La sorte del paziente. La responsabilità del medico per l'errore diagnostico*, Cedam, Padova 1994, V.

<sup>131</sup> F. Buzzi, *Il medico tra Scilla (la 'Perdita di chances') e Cariddi (gli 'Interventi compassionevoli')*, con l'incombente naufragio dell'accertamento medico-legale del nesso di casualità e della valorizzazione delle linee guida, in *Danno e resp.*, 2011, 3, pp. 563-593.; B. Tassoni "*Le chances: danno da morte, illecito senza danno, risarcimenti sottosoglia e concause naturali*" in *Danno e Resp.* 2019, pag. 179; G. Cricenti, *La perdita di chance come diminutivo astratto. Il caso della responsabilità medica*, in *Resp. Civ. Prev.*, fasc. 6, 2016, pp. 2073B ss.

<sup>132</sup> C. Castronovo, "*Del non risarcibile aquiliano: danno meramente patrimoniale, c.d. perdita di chance, danni punitivi, danno c.d. esistenziale*", in *Europa e dir. priv.*, 2008, 315 ss., 318, il quale denuncia la creazione di una situazione soggettiva nuova per via giurisprudenziale; F. Vitarelli op. cit.

Il primo approccio rilevato è quello del criterio meramente equitativo, rispetto al quale si è ampiamente detto nel secondo capitolo e alle cui considerazioni pertanto si rimanda.

È forse solo il caso di anticipare come il ricorso a tale approccio aumenti il rischio di disparità di trattamento (o meglio di risarcimento) in casi analoghi, addirittura in termini maggiori rispetto alle ipotesi di perdita di chance di guarigione, dato che in queste fattispecie non rileva solo il danno biologico che il paziente avrebbe potuto evitare ma anche il lasso di tempo di vita ulteriore perduto.

Pertanto, non convincono le argomentazioni di Gaetano Edoardo Napoli<sup>133</sup>, che in relazione all'utilizzo del criterio meramente equitativo nella liquidazione del danno da perdita di chance valorizza la possibilità che l'approccio offre al giudice di parametrare l'importo sulla base del grado di colpa del danneggiante. Sebbene infatti risulti in linea con i principi della responsabilità civile modulare l'importo in considerazione del grado di divergenza fra la condotta dovuta e quella concretamente posta in essere è comunque necessaria l'assunzione di un valore di partenza unanime.

#### ***Tribunale Milano. Sent. 07/05/2012 N.5223***

Passando dunque alla analisi specifica delle sentenze di merito in materia, una delle prime pronunce è con cui il Tribunale di Milano ha riconosciuto il risarcimento del danno da perdita di chance di sopravvivenza di un malato, che ha causa di un'errata diagnosi aveva perso la possibilità di vivere più a lungo e, nel caso di specie, di assistere anche alla nascita del figlio (avvenuta 22 giorni dopo l'exitus).

Nel caso concreto l'uomo, già affetto da neoplasia vescicale con recidiva pelvica, diagnosticatagli nel 2004, veniva ricoverato il 18/05/2005 presso un ospedale milanese a causa di forti dolori addominali.

In seguito ad accertamenti strumentali veniva correttamente diagnosticata la presenza di una occlusione intestinale, ma i sanitari decidevano, sul momento, di non intervenire chirurgicamente. Il 9 giugno veniva eseguita una tac e formulata la prescrizione di un intervento urgente per peritonite e perforazione dell'intestino, che veniva eseguito il giorno successivo, senza che si producesse alcun tipo di miglioramento. Infatti, decedeva in data 5/07/2005.

La consulenza tecnica espletata in corso di causa ha consentito di accertare che, nel caso in esame, non appariva giustificata la decisione dei medici, una volta correttamente effettuata la diagnosi, di non intervenire. Sarebbe stato, invece, possibile e opportuno effettuare una laparotomia ed eseguire un intervento almeno di tipo palliativo, senza resezione intestinale, confezionando una anastomosi latero-laterale ileo-colica, sicuramente a minor rischio di deiscenza.

Ove effettuata più tempestivamente, la laparotomia risolutiva avrebbe evitato il sopravvenire della lacerazione ileale da sovra distensione d'ansa e la conseguente peritonite diffusa.

Veniva inoltre constatato che la procedura chirurgica era stata nel concreto praticata a

---

<sup>133</sup> G. E. Napoli, "La perdita di chance" in *Resp. Civ. e Prev.* 1, 2018, pp 52 e ss.



complicanza performativa ormai avvenuta e con ulteriori 12 ore di ritardo rispetto alla sua auspicabile esecuzione in urgenza immediata.

Concludeva, infine, che un intervento chirurgico più precoce avrebbe probabilmente consentito di risolvere l'occlusione intestinale e sostanzialmente restituito il paziente alla "qualità di vita" quo ante, con possibilità di alimentazione autonoma, ma con tutti gli aspetti di sofferenza e di limitazione nelle abilità e nelle possibilità di relazione condizionati dalla malattia tumorale comunque in fase di avanzata progressione.

In sintesi, quindi, veniva constatato che una diversa condotta da parte dei convenuti avrebbe verosimilmente scongiurato il ravvicinato evento morte, ma non avrebbe comunque migliorato la prognosi a medio periodo del paziente, la cui aspettativa di sopravvivenza, in relazione alla evoluta disseminazione della neoplasia vescicale, era prevedibilmente non superiore all'anno.

La particolarità di questa sentenza sta nel fatto che il giudice, nell' accertare la sussistenza di un danno da perdita di chance di sopravvivenza, abbia tenuto conto non solo della drastica riduzione dell'aspettativa di vita del paziente ma anche della perdita per quest'ultimo della possibilità di instaurare un rapporto parentale, per quanto limitato, con il figlio nato meno di un mese dopo dal decesso.

Dunque, nel quantificare il danno, il tribunale ha stimato un importo complessivo di 65.000 €, a cui è pervenuto in via meramente equitativa.

#### ***Tribunale Larino, Sent. 4/04/2013***

Il tribunale di Larino era stato adito da parte attrice per ottenere il risarcimento del danno da perdita di chance di sopravvivenza riportato dalla stessa a causa di una tardiva diagnosi di carcinoma duttale infiltrante alla mammella destra.

L'attrice censurava infatti la condotta della radiologa che aveva referto la sua prima mammografia, e che non solo non aveva rilevato un'opacità a margini sfumati alla mammella destra ma non le aveva neanche consigliato un'integrazione ecografica e una visita senologica. Infatti, il referto da lei redatto riportava che non vi erano apprezzabili microcalcificazioni sospette.

All'inadempimento così descritto sarebbe quindi conseguito per la paziente un ritardo diagnostico di 5 mesi e un conseguente aggravamento della neoplasia che era giunta allo stadio successivo.

Il consulente tecnico a cui l'ufficio del giudice era ricorso, aveva confermato la sussistenza di un errore diagnostico operato dalla radiologa, che risultava indice di una profonda negligenza tenuto anche conto della specializzazione della sanitaria nel settore. Inoltre, sottolineava la possibilità che il ritardo diagnostico conseguito all'inadempimento medico avesse concretamente comportato l'aggravamento della malattia che quando diagnosticata era al terzo stadio ma che verosimilmente 5 mesi prima poteva trovarsi ancora al secondo.

Il CTU concludeva quindi la sua analisi affermando che a causa dell'errore medico la donna avesse subito un peggioramento prognostico e di conseguenza una diminuzione del 25% delle sue chance di sopravvivenza. Infatti, in base ai dati statistici, l'indice di sopravvivenza per il tipo di patologia da cui la donna era affetta ammonta

ad un 75% di possibilità di sopravvivenza a 10 anni quando questa viene trattata al secondo stadio, che diminuisce al 50% quando curata allo stadio terzo.

Il giudice, alla luce dei dati emersi dalla c.t.u., condannava l'ente convenuto al pagamento di una somma liquidata in via meramente equitativa nell'importo di euro 10.000.

### ***Tribunale Firenze. Sent. 31/03/2014***

La pronuncia in esame si esprime rispetto alla domanda giudiziale avanzata dagli attori per ottenere l'accertamento della responsabilità contrattuale ed extracontrattuale sia per la morte della propria congiunta sia per le lesioni da essa subite con conseguente condanna al ristoro dei danni patiti dagli attori iure hereditatis.

Veniva esposto che in data 31/01/2000 la loro congiunta veniva è ricoverata presso l'unità operativa di pneumologia, ove veniva formulata la diagnosi di eteroplasia polmonare sinistra. a seguito del successivo intervento di lobectomia polmonare inferiore, i sanitari, salvo gli abituali controlli finalizzati alla verifica della ferita chirurgica, non predisponavano alcun percorso di follow up oncologico post-operatorio.

La paziente venne poi visitata nel dicembre dello stesso anno e le venne suggerito l'esecuzione di una tac completa che veniva poi svolta in via ambulatoria nel gennaio 2001. L'esame risultava negativo, dal momento che indicava solo la presenza di cisti a livello del IV segmento epatico.

Nel giugno dello stesso anno il medico che prestava il servizio di radiodiagnostica, interpretando nuovamente il referto segnalava la presenza di un'immagine vocale di circa 2,5 cm di diametro a livello del secondo segmento epatico da tenere strettamente monitorizzata. La paziente quindi seguiva nuovamente la visita e veniva nuovamente tranquillizzata. A metà ottobre la donna iniziava ad accusare un forte dolore addominale che controllava attraverso ecografia addominale, all'esito della quale, veniva messa al corrente dell'aumento di volume riscontrato nell'opacità. Venendo eseguita una tac, il 28 novembre veniva risposta una biopsia epatica che evidenziava in ultimo la neoplasia che conduceva la donna al decesso avvenuto il 6/11/2002.

Le contestazioni avanzate da parte attrice attenevano all'imprudenza manifestata dai sanitari e concretizzatasi nel mancato esperimento di controlli stringenti rispetto allo stato di salute della donna.

Secondo le linee guida, confermate peraltro dal CTU, la paziente infatti avrebbe dovuto eseguire una visita di controllo già a partire dal mese successivo l'intervento. L'urgenza e la necessità di compiere degli accertamenti più specifici non veniva avvertita neanche dopo la manifestazione di sintomi preoccupanti da parte della paziente nell'ottobre 2001 (la tac che veniva disposta in quell'occasione veniva poi concretamente eseguita più di un mese dopo.)

Il CTU, quindi, concordava nel ravvisare un'omissione colposa nelle condotte dei convenuti, data da una generale negligenza e ritardo nell'adempimento degli obblighi di protezione gravanti sui sanitari.

Veniva però comunque evidenziato come detti inadempimenti non potessero essere

considerati concausa dell'exitus della paziente, dal momento che avevano semplicemente causato la perdita di chance della paziente di sopravvivere per un lasso di tempo maggiore rispetto a quello concretamente vissuto.

Le chance in questione, pur non essendo particolarmente elevate, perché erano di un 20% di possibilità di sopravvivere per un altro anno e di un 8% per altri due, vengono comunque ritenute risarcibili da parte del giudice. Il danno viene quindi stimato equitativamente in euro 30.000.

### ***Tribunale Livorno. Sent. 22/06/2016 n. 822***

Con la pronuncia n.822 del 2016 il Tribunale di Livorno accertava e dichiarava la responsabilità dell'ente convenuto, a seguito dell'inadeguatezza assistenziale verificata durante il ricovero del congiunto di parte attrice e conseguentemente condannava al risarcimento dei danni sofferti iure hereditatis.

Parte attrice, a sostegno della domanda, sosteneva che in data 08/04/2008 il paziente, si era sottoposto presso l'ambulatorio di Dermatologia, ad un intervento di escissione di una formazione nodulare ipercogena, di diametro pari a 1,5 cm, localizzata presso la regione parieto – occipitale destra, inizialmente riferita a cisti sebacea. Inviato il materiale biptico al laboratorio istologico, l'esame effettuato era stato refertato (in data 22/04/2008) con diagnosi di "Istiocitoma fibroso cutaneo presente sul margine di resezione", con la nota "Intervento non radicale". In conseguenza di ciò, l'uomo si era sottoposto in data 21/05/2008 ad apposito intervento per l'ablazione totale dell'istiocitoma fibroso del capillizio localizzato. In data 02/07/2008, nei confronti del paziente era stato poi eseguito un ulteriore intervento di escissione chirurgica, al fine di eradicare la neoplasia dal piano profondo periostale e dai margini, con diagnosi di "dermatofi-brosarcoma protuberans". Il 18/08/2008 si era anche sottoposto ad un intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, nella sede in cui erano stati realizzati i pregressi interventi, mediante apposizione di lembo cutaneo prelevato dalla coscia destra. La diagnosi riportata all'atto della descrizione dell'intervento era stata di "istiocitoma fibroso maligno del cuoio capelluto". Successivamente, non era stato invece compiuto alcun atto terapeutico nei confronti del paziente e soltanto a partire dal mese di Maggio del 2009, con il progredire della malattia neoplastica, il paziente era stato ricoverato presso il reparto di Oncologia Medica dal 14/05/2009, e sottoposto a due cicli programmati di chemioterapia, seguiti da un ciclo ulteriore (senza purtroppo remissione della malattia) e conseguente ricovero presso il Reparto di Cure Palliative, fino al giorno del proprio decesso.

Secondo la tesi attorea il tempo intercorso tra il primo approccio chirurgico e l'inizio della fase diagnostica sarebbe stato sicuramente eccessivo e tale ritardo, interamente ascrivibile alla condotta del personale sanitario operante presso le strutture ospedaliere interessate (chirurgica, dermatologica, anatomopatologica), sarebbe stato altresì decisivo per l'esito finale della vicenda, avendo sia provocato un sensibile peggioramento della qualità di vita del paziente sia riducendone le possibili prospettive di sopravvivenza.

Nella CTU espletata in corso di causa, le cui conclusioni venivano condivise dal giudice,

emergeva che il paziente presentava una neoplasia della cute del cuoio capelluto che, in base alla diagnosi istologica ed al comportamento clinico, doveva essere ragionevolmente e precocemente individuata, e di conseguenza trattata, come "maligna". In particolare, la malignità della neoplasia doveva essere individuata fin dal 02/07/2008, in occasione dell'intervento di allargamento dell'escissione in quanto dalla scheda di intervento risulta quale diagnosi "dermatofibrosarcoma protuberans". Analogamente, in occasione dell'ulteriore intervento del 18/08/2008 risulta sempre quale diagnosi "istiocitoma fibroso maligno del cuoio capelluto". La malignità della neoplasia era stata pertanto individuata fin dal luglio del 2008, ma, malgrado ciò, né fu attivata per il paziente una consulenza oncologica o radioterapica volta a definire ulteriori interventi terapeutici, né si tentò di porre in essere un trattamento chirurgico di completa escissione della neoplasia primitiva.

Secondo il CTU vi era stato un comportamento antigiuridico per imperizia e/o negligenza ascrivibile ai sanitari del reparto di Dermatologia che ebbero in cura il paziente, per non aver tentato di ottenere una radicalità chirurgica e per non aver attivato una consulenza oncologica e/o radioterapica, una volta individuata la natura maligna della lesione.

Relativamente alle conseguenze di tale comportamento, sempre secondo il CTU, le stesse non potevano che essere valutate in termini di "perdita di chance", in quanto non vi è certezza che il corretto approccio terapeutico da parte dei medici avrebbe salvato dal decesso il paziente, ma sicuramente gli avrebbe garantito una possibilità di avere una migliore qualità della vita pari al 25/30%. In particolare, secondo il CTU detto intervento "avrebbe potuto essere coronato da successo... Infatti, il coinvolgimento di altre figure professionali (neurochirurgo) avrebbe permesso di asportare, in caso di necessità, una porzione della teca cranica; un'eventuale breccia cranica avrebbe potuto essere successivamente colmata da un opercolo metallico"

A fronte di ciò il giudice liquidava a titolo di risarcimento del danno da perdita di chance in via meramente equitativa, tenuto conto dell'età del paziente e delle sofferenze patite negli ultimi mesi di progressione della malattia, la somma complessiva di € 35.000,00.

### ***Tribunale di Trento. Sent. 22/09/2016 n.893***

La controversia decisa dal Tribunale di Trento ineriva ad una richiesta di risarcimento del danno presentata dall'attore in qualità di marito della de cuius a causa dei plurimi inadempimenti che erano stati commessi dai sanitari che ebbero in cura la donna.

In realtà la fattispecie sottoposta alla attenzione del Tribunale ha una natura mista, dal momento che nel caso concreto rilevava sia una chance di guarigione (nella misura in cui il paziente aveva effettivamente una minima possibilità di evitare l'evento morte) sia una chance di sopravvivenza (intese nell'ottica di minore sofferenza). L'aspetto peculiare di questa pronuncia è dato dal fatto che il giudice e ricorso a due differenti modalità di liquidazione del danno: dando applicazione al coefficiente di riduzione per quantificare il danno da perdita di chance di guarigione, e ricorrendo invece ad un criterio meramente equitativo per il danno da perdita di chance di sopravvivenza.

In data 20/06/2007 la paziente si recava in ospedale per sottoporsi a visita ginecologica poiché lamentava irregolarità mestruali da circa un anno e persistenza di scarso spotting. Alla visita veniva accertato "utero retroverso a ecostruttura fibromatosa, di dimensioni nella norma. Endometrio 10 mm. Annessi regolari. Sangue... proveniente dal collo che presenta disomogeneità dell'esocervice".

L'esame del pap test, non eseguito quel giorno per la presenza di sanguinamento, veniva effettuato il 12/07/2007, e l'esito, refertato il successivo 8 agosto, portava ad una diagnosi di "lesione intraepiteliale squamosa di alto grado: carcinoma in situ/CIN III", con raccomandazione di eseguire un controllo colposcopico con biopsia. I risultati dell'esame venivano però conosciuti dalla donna a seguito del ritiro del referto da parte della figlia, soltanto nel gennaio 2008.

Nel corso dei due mesi successivi si susseguivano vari accertamenti (colposcopia, esame istologico, RM addome inferiore e scavo pelvico, PET TC total body, urografia endovenosa, cisto-uretroscopia), all'esito dei quali veniva formulata diagnosi di "carcinoma squamoso poco differenziato infiltrante - stadio FIGO IIA". La donna veniva pertanto ricoverata presso il reparto di oncologia dal 10 al 13 marzo 2008 per sottoporsi ad un primo ciclo di chemioterapia. Un secondo ciclo le veniva somministrato, presso lo stesso Ospedale, dal 31 marzo al 2 aprile 2008, ed un terzo, previsto nei giorni dal 21 al 24 aprile 2008, veniva differito, per neutropenia, alla fine di aprile (dal 28 al 30 di quel mese).

Una settimana più tardi, verso le 22.30 del 7/05/2008, la paziente cominciava ad avere vomito, scariche diarroiche e forti dolori intestinali, dolori che si facevano lancinanti a partire dalle 4.30, con contestuale insorgenza di stato febbrile. Un'ora dopo la febbre aumentava, e il marito si rivolgeva al reparto di oncologia, alla guardia medica, al 118, ed al medico di base, riuscendo ad ottenere l'invio di un'ambulanza per il trasporto presso l'Ospedale soltanto alle 8.30.

Alle 9.26 dell'8/05/2008 la donna giungeva pertanto presso il Pronto Soccorso di quell'Ospedale, ove verso mezzogiorno veniva formulata diagnosi di "shock settico in addome acuto". Seguiva il trasferimento presso il reparto rianimazione e l'esecuzione di una TAC addominale. Tra le 17 e le 18.30 era quindi sottoposta ad intervento chirurgico con asportazione dell'appendice. Alle h. 20.30 la paziente tuttavia decedeva. Parte attrice contestava non solo la ritardata informazione alla paziente dell'esito del pap test, ma anche l'erronea scelta delle soluzioni terapeutiche adottate che non risultavano compatibili con gli all'epoca correnti studi di settore e, in ultimo, anche la mancata tempestività nel trasporto della paziente in ospedale la mattina del giorno in cui si era poi verificato l'exitus.

Esperita una consulenza tecnica d'ufficio, emergeva come i cinque mesi di ritardo nella comunicazione dell'esito del pap test avesse indubbiamente comportato un differimento dello svolgimento degli esami resisi necessari per accertare la patologia della donna. Il c.t.u. ravvisava inoltre una negligenza nelle condotte assistenziali poste in essere il giorno del decesso della donna, che appariva tanto più grave alla luce delle sue pregresse condizioni di salute che avrebbero dovuto indirizzare la diagnosi verso un sospetto addome acuto e suggerire un intervento immediato. Infine, veniva rilevata

una ulteriore mancanza di zelo da parte dei sanitari dell'ospedale in cui la donna era stata condotta che avrebbero dovuto avviare più tempestivamente le cure.

Invece, non riteneva censurabile le scelte terapeutiche adottate nella fase di trattamento della patologia della donna.

Il CTU concludeva tuttavia che all'insieme di questi inadempimenti non potesse comunque essere imputato il decesso della paziente che si sarebbe comunque verificato con più probabilità del suo contrario. Ciò che in particolare i ritardi verificatisi l'8/05/2008 avevano causato era la perdita delle chance di evitare l'evento morte della donna quantificate nell'ordine del 10%.

Viene inoltre confermata la perdita ab origine della di sopravvivenza per un periodo di tempo maggiore causata dalla mancata comunicazione dei risultati del pap test con conseguente ritardo nell'avvio delle cure terapeutiche.

In questa specifica fattispecie, il tribunale ha adottato due distinti criteri di liquidazione: con riferimento alle chance di sopravvivenza perdute a causa del primo inadempimento, in assenza di una specificazione del concreto ammontare delle possibilità venute meno nonché del lasso di tempo ulteriore che la paziente avrebbe potuto vivere, il giudice ha quantificato in via meramente equitativa il danno in euro 30.000.

Con riferimento, invece, alla perdita di chance di evitare l'evento morte, ha ridotto al 10% l'importo previsto dalle tabelle milanesi per l'invalidità totale delle persone dell'età della paziente liquidando il danno in un importo complessivo di euro 92.000.

### ***Tribunale Avellino 07/02/2017 n.227***

I fatti oggetto di causa afferiscono al periodo intercorrente fra il 25/05/2002 e il 07/09/2002.

Esponevano gli attori che il proprio congiunto, dopo essersi sottoposto ad un intervento di colecistectomia per via laparoscopica, veniva ricoverato presso una casa di Cura per l'insorgere di un quadro ittico ostruttivo e, in data 03/06/2002, era stato sottoposto a Tac addominale. Dall'esame emergeva la presenza di una neoformazione di massa neoplastica in espansione con metastasi conclamata a livello epatico. Del tutto vano risultava la cura chemioterapica, dal momento che il paziente decedeva in data 07/09/2002.

Gli attori agivano in giudizio, ravvisando in capo ai sanitari che avevano avuto in cura il congiunto una responsabilità colposa per imperizia e negligenza, consistente in un erroneo comportamento di natura omissiva (mancata esecuzione di indagini strumentali appropriate) e commissiva (incongrua azione diagnostico – terapeutica). Pertanto, chiedevano il risarcimento dei danni da perdita di chance di sopravvivenza, nella misura in cui l'errore medico aveva determinato per il de cuius la perdita della possibilità di vivere più a lungo o con migliore qualità della vita.

Dalla consulenza tecnica d'ufficio emergeva chiaramente la sussistenza di un ritardo diagnostico, dal momento che i sintomi della patologia, effettivamente diagnosticata il 3/06/2002, emergevano già in data 19/04/2002, quando il paziente veniva sottoposto all'intervento di colecistectomia. Pertanto, la diagnosi di cancro pancreatico poteva

essere certamente effettuata con un anticipo di due mesi, il che avrebbe, inoltre, permesso di tentare una resecabilità del tumore.

Tanto premesso, il CTU comunque evidenziava che alla luce della aggressività della patologia, una diagnosi tempestiva avrebbe semplicemente offerto al paziente una possibilità di sopravvivere per ogni arco di tempo maggiore, individuato in sei mesi in più rispetto a quanto vissuto.

Infatti, anche laddove fosse stato effettuato l'intervento chirurgico, il tipo di morbo da cui il paziente era affetto lo avrebbe comunque condotto all'exitus, ma con tempistiche differenti.

Il giudice quantifica il danno in un importo di 30.000 € avvalendosi di un criterio meramente equitativo.

### ***Tribunale Lucca. Sent. 14/11/2018 n.1693***

Con sentenza n.1693 il Tribunale di Lucca condannava l'ente convenuto al risarcimento del danno da perdita di chance di sopravvivenza subito da un paziente e fatto valere *iure hereditatis* dagli eredi.

Veniva esposto che, il paziente, a seguito di comparsa di tumefazione, in regione scapolare dx, fu sottoposto, presso la convenuta, prima ad accertamenti clinico-strumentali (settembre-ottobre 2009) e poi ad intervento chirurgico (dicembre 2009) di asportazione; trattandosi di lesione espansiva maligna, venivano eseguiti ulteriori accertamenti. I medici consigliarono all'uomo di rivolgersi ad altra sede dove questi fu sottoposto a secondo intervento (7/04/2010) di radicalizzazione della massa neoplastica residua. Il decorso fu complicato da addome acuto conseguente ad infarto intestinale. Il necessario intervento chirurgico (resezione del tratto intestinale necrotico per le ischemie -10/04/2010-) fu eseguito quando ormai il paziente era in condizioni quasi disperate per lo shock settico. Il successivo decorso fu caratterizzato da una serie di gravi complicanze legate all'intervento addominale. Durante tutto questo periodo si erano talmente diffuse ripetizioni metastatiche della neoplasia maligna originaria da consigliare un tentativo mediante terapia medica e fisica (chemio- e radio-terapia) solo nelle fasi preterminali, fino al decesso avvenuto il 3/1/2011.

Gli attori lamentavano quindi la non correttezza dell'approccio chirurgico iniziale e dell'intervento chirurgico del dicembre 2009 (omesso invio tempestivo a centri specializzati, ricorso all'agobiopsia e intervento chirurgico non radicale), nonché la negligente gestione del paziente per tardivo ricorso a intervento chirurgico nel momento in cui occorre l'infarto intestinale, di poco successivo al secondo intervento. Il consulente in corso di causa affermava la fondatezza delle censure mosse da parte attrice. In particolare, specificava che in caso di corretto adempimento i sanitari non avrebbero potuto assicurare la guarigione del paziente ma gli avrebbero quantomeno potuto garantire un 30% di possibilità sopravvivere per i successivi cinque anni.

Il giudice, dunque, decide liquidare a favore degli attori per il danno subito dal congiunto poi deceduto e fatto valere "*iure hereditario*" un importo, equitativamente calcolato in complessivi euro 30.000



### ***Corte di Appello Palermo. Sent. 10/07/2017 n.1337***

Con sentenza 1337 del 2017, la Corte di Appello di Palermo riesaminava la pronuncia n.516/2012 del Tribunale di Agrigento, con cui era stata negata la responsabilità della convenuta in conseguenza del comportamento dei sanitari della struttura presso cui l'attore era stato condotto a causa di un forte dolore toracico riscontrato la mattina del 27/09/2003.

L'appellante lamentava, con il primo motivo di gravame, che il giudicante di prime cure non avesse, erroneamente, considerata raggiunta la prova del nesso di causalità tra l'errato approccio diagnostico dei sanitari dell'Azienda Sanitaria appellata e la perdita di chance di sopravvivenza.

Ciò avveniva in considerazione del fatto che il Tribunale, aderendo alle conclusioni del c.t.u. che, stimata intorno al 10-20% la probabilità di sopravvivenza per il paziente, aveva ritenuto che non fosse stata raggiunta quella soglia minima del 50% per l'affermazione della sussistenza del nesso di causalità materiale, secondo il criterio del "più probabile che non".

Il collegio riteneva fondata la doglianza, in ragione del fatto che in primis era stata accertata la condotta negligente ed inidonea dei medici del pronto soccorso e del reparto di Cardiologia e che in secundis ai fini della risarcibilità del danno da perdita di chance, non occorre che la stessa rappresenti una possibilità di raggiungere il risultato maggiore del suo contrario, ma che sia semplicemente concreta e consistente.

In questa prospettiva, nell'indagare il rapporto tra la situazione fattuale e la perdita del risultato utile, in applicazione della regola del c.d. "più probabile che non", il ragionamento va condotto in termini probabilistici, a prescindere dalla maggiore o minore idoneità della "chance" a realizzare il risultato sperato

Nella specie, proprio in funzione del riconoscimento delle probabilità di sopravvivenza, per come valutate dal consulente, è possibile dedurre che la condotta "imperita" e "negligente" dei medici del turno "08.00-14.00" che avevano preso in cura il paziente, aveva comportato la perdita per lo stesso di una possibilità di una vita più lunga, pur se statisticamente accertata nei termini del 10-20%, in caso di intervento tempestivo e corretto, posta comunque l'impossibilità di evitare l'exitus.

Pertanto, la convenuta veniva riconosciuta responsabile del danno da perdita di chance di una sopravvivenza maggiore subita dal paziente e pertanto veniva condannata a risarcire iure hereditatis gli attori.

Procedendo alla quantificazione del danno, la Corte procedeva ad una quantificazione meramente equitativa che, tenendo conto dell'età del Brignone (55 anni) al momento del decesso e del complesso patologico che lo affliggeva, portava a stimare complessivamente il danno in € 30.000,00.

### ***Tribunale di Vasto. Sent.24/07/2020***

Gli attori agivano in giudizio adendo il Tribunale di Vasto per ottenere la condanna dell'ente convenuto al risarcimento dei danni da perdita di chance subita dal loro congiunto, deceduto in data 29/12/2011



Esponevano che in data 19/12/2011, a seguito di alcuni disturbi all'apparato urinario, il de cuius si recava presso il pronto soccorso dell'ente convenuto alle ore 23,35, dove veniva sottoposto ad una visita urologica e veniva ricoverato, con diagnosi di macroematuria e sospetta neoformazione renale dx.

Continuando a presentare sintomi di ematuria, durante il ricovero venivano eseguiti ulteriori accertamenti. Tuttavia, solo in data 28/12/2011, si provvedeva all'esecuzione di quell'intervento chirurgico di nefrectomia radicale open dx, resosi necessario sulla base degli esami condotti.

L'intervento si concludeva alle ore 14,45 ed alle ore 19,13 il paziente veniva sottoposto a TAC addome in urgenza, in quanto si era riscontrato un livello di emoglobina pari a 6,2 g/dl.

L'esame radiologico veniva eseguito intorno alle ore 20,00 e si riteneva di ricondurre il paziente stesso in sala operatoria, ove arrivava per le ore 20,20, unitamente al chirurgo Dr. C., per essere sottoposto a nuovo intervento chirurgico.

Alle ore 22.20 ai familiari veniva comunicato il decesso.

Gli attori ricorrevano in giudizio, censurando la non tempestività e l'errata esecuzione di un intervento che avrebbe, laddove correttamente compiuto, potuto rallentare per il paziente l'esito certamente infausto della malattia. Infatti, non veniva contestato che la patologia di cui l'uomo era affetto lo avrebbe sicuramente condotto all'exitus, ma che, ciò nonostante, l'operato dei sanitari gli avrebbe dovuto garantire la possibilità di vivere per un periodo maggiore e di avere una migliore qualità della vita.

Tali prospettazioni venivano confermate dal C.t.u., che riconosceva in particolare come inspiegabile l'eccessivo lasso di tempo intercorso fra la data in cui venivano condotti gli ultimi accertamenti e la data effettiva dell'esecuzione dell'intervento chirurgico. L'assenza di un approccio tempestivo aveva di fatto quindi comportato la perdita per l'uomo di quel 20% di possibilità che aveva di sopravvivere per i successivi 5 anni.

Per cui il giudice, ritenuto sussistente il danno da perdita della chance di sopravvivenza, liquidava in via meramente equitativa una somma pari a euro 25.000.

#### ***Tribunale Roma 24/07/2020 n.10944***

Con la pronuncia in esame, il Tribunale di Roma accoglieva le pretese risarcitorie di parte attrice, che agiva in giudizio chiedendo che venisse accertata l'omissione diagnostica operata dai medici a cui la propria congiunta si era rivolta nel maggio 2011. Veniva riferito che la donna, in data 30/03/2011, si sottoponeva ad un esame radiografico di routine ho eseguito per il quale le veniva individuato un nodulo di nuova formazione delle dimensioni di 40 x 36 millimetri, localizzato nel quarto segmento del fegato. a seguito di ciò, la paziente, in data 20 aprile, effettuava un nuovo esame radiografico specifico da cui otteneva conferma del risultato.

Per approfondire ulteriormente la situazione e comprendere le origini del nodulo, si recava in una struttura specializzata dove veniva sottoposta ad una serie di esami, tra cui una mammografia, un'ecografia addominale pelvica un esame RM addome e un esame RM pelvico.

Non essendo però stati neanche questi ulteriori accertamenti in grado di assicurare la

paziente, la donna si rivolgeva ad un'altra struttura specializzata, presso cui veniva ricoverata il 23/05/2011, e ove veniva sottoposta ecografia epatica e ad un prelievo di tessuto.

In data 1/06/2011, completata la biopsia sul campione prelevato, la paziente veniva avvisata della possibilità di una patologia tipo iperplasia nodulare focale; però il 20/07/2011 l'Istituto convenuto rassicurava la paziente della natura benigna della neoplasia.

Tuttavia, quando la donna si recava nuovamente presso l'istituto convenuto, in data 12/10/2011, per sottoporsi ai controlli di routine, veniva informata del notevole aumento delle dimensioni del nodulo e sottoposta quindi a nuovi accertamenti.

Il 12/11/le veniva diagnosticato un colangiocarcinoma – carcinosi. In data 18 dicembre iniziava un programma di chemioterapia, che però non dava i risultati sperati. La donna, infatti, decedeva in data 8/06/2013.

Gli attori ricorrevano in giudizio lamentando la perdita per la paziente di quelle chance di sopravvivere per un periodo di tempo maggiore, che una più repentina diagnosi le avrebbe garantito.

Letta la cartella clinica della paziente e analizzato il referto prodotto dall'ente convenuto in seguito agli accertamenti compiuti nel maggio 2011, il CTU rintracciava dei profili di negligenza e imprudenza nelle condotte dei sanitari che si occuparono della valutazione dei risultati degli esami. Infatti, data la localizzazione del nodulo di cui la paziente chiedeva accertamento, si rendevano necessari degli esami più accurati. Inoltre, veniva constatato come il materiale prelevato per l'esame istologico provenisse dal segmento epatico tre e non dal quarto segmento, ove invece era collocato il nodulo in questione.

Pertanto, era possibile ravvisare un grave inadempimento sia in relazione alle modalità di esecuzione dell'esame sia comunque in relazione alla scelta di dimettere la paziente senza accertamenti più approfonditi.

Indubbiamente, il CTU imputava all'errore dei medici la causa del ritardo diagnostico che la paziente aveva subito e in cui invece non sarebbe incorsa nel caso di condotta medica adeguata. Infine, il perito riconosceva che lo stato di avanzamento che aveva la patologia al momento dell'avvio dei cicli di chemioterapia era ben più grave di quello in cui diversamente il tumore si trovava nel maggio 2011. Tuttavia, concludeva affermando che anche laddove tempestivamente diagnosticato la donna avrebbe avuto delle basse possibilità di sopravvivenza inquadrate nel 20% per un periodo di tempo di 5 anni.

Alla luce di ciò il giudice, il giudice decideva di quantificare in via meramente equitativa il danno da perdita di chance di sopravvivenza in euro 60.000.

### ***Tribunale Palermo. Sent. 27/07/2021 3173***

La controversia decisa dal Tribunale di Palermo attiene ad una richiesta di risarcimento dei danni patiti iure successionis dagli attori a causa degli errori commessi da parte dei sanitari che ebbero in cura il loro congiunto.

Dopo avere premesso che il loro congiunto, Pi. Ma., era sottoposto a cure e controlli

periodici presso l'istituto convenuto perché affetto, sin dalla nascita, da fibrosi cistica e da epatopatia cronica (quest'ultima accertata all'età di sei mesi), ne deducevano la responsabilità sanitaria con riferimento: 1) alla sospensione, nell'anno 2012, dalla lista dei trapianti bipolmonare (ove era stato inserito nel settembre del 2010) per una rivalutazione anche epatica in considerazione della epatopatia cirrogena; 2) alla contrazione di una infezione nosocomiale, responsabile del decesso, in occasione dell'ultimo ricovero presso la convenuta del 29/01/2015; 3) alla cattiva gestione della infezione nosocomiale e dello stato settico che ne era conseguito.

Pertanto, chiedevano il risarcimento del danno da perdita del proprio congiunto della chance di essere beneficiario di un trapianto e della conseguente perdita della chance di vivere più a lungo. Inoltre, censuravano le condotte terapeutiche poste in essere da parte dei sanitari che non erano stati in grado di contenere l'infezione da Stafilococco aureo meticillino resistente che il paziente aveva contratto nel corso dell'ultimo ricovero con trattamenti efficaci.

Invero, i c.c.t.t.u.u. evidenziavano che il paziente era affetto da una malattia in fase terminale al momento del ricovero presso l'istituto del giorno 29.01.2015, che la malattia predisponesse alla insorgenza delle infezioni e che l'uomo era stato ricoverato periodicamente per episodi di emottisi (tra cui di particolare gravità quello del 31/01/2015 con perdita di coscienza a soli due giorni dal ricovero presso l'Ismett del 29/01/15). Applicando quindi i criteri di accertamento della causalità giuridica relativi alla condotta omissiva e commissiva colposa (ossia la sostituzione della condotta colposa con quella corretta) non era possibile affermare, in base al criterio 'del più probabile che non', che, ipotizzando la condotta corretta dei sanitari, la morte non si sarebbe ugualmente verificata.

A diversa conclusione si giunge con riferimento all'evento incerto della chance di una maggiore sopravvivenza. I c.c.t.t.u.u., pur evidenziando la difficoltà di un accertamento percentuale, hanno concluso che una condotta medica corretta avrebbe aumentato le chances di sopravvivenza del 20%/30%, non invece quelle di guarigione, in radice escluse dai c.c.t.t.u.u..

A conferma di ciò i c.c.t.t.u.u. riportavano i dati statistici relativi all'aspettativa di vita dei pazienti con fibrosi cistica che dimostravano che mentre l'età media del decesso era pari a 32, la percentuale di sopravvivenza a 3 anni dei pazienti che avevano ricevuto il trapianto era pari all'80% e a 10 anni del 45%.

Il giudice, accertata la sussistenza del danno da perdita di chance di sopravvivenza, liquida il danno in via meramente equitativa in euro 40.000.

### ***Tribunale Torino 25/10/2021 n. 4709***

La controversia decisa con sentenza numero 4709 dal tribunale di Torino inerisce ad una richiesta di risarcimento dei danni avanzata iure hereditario per la perdita di chance di sopravvivenza subita dalla congiunta degli attori a causa di inadempimento medico. Gli attori descrivevano che nel periodo compreso fra il febbraio 2013 il decesso del congiunto si erano infatti verificati una serie di errori diagnostici e valutativi ad opera dei sanitari che avevano in cura il paziente.

In data 18/02/2013 il de cuius si recava in ospedale per compiere una serie di accertamenti, fra cui un esame rx torace ed indagini ematochimiche, da cui emergeva un addensamento parenchimale. Tali esami venivano ripetuti sia in data 25/03/2013 sia in data 10 aprile. In entrambi i casi emergeva una stabilità dell'addensamento con minimi incrementi del versamento pleurico per cui si sottoponeva il paziente ad un esame presso il reparto di pneumologia. Tuttavia, il medico si limitava a confermare il trattamento antibiotico fino a quel momento disposto e a disporre visite periodiche. Nell'agosto dello stesso anno il paziente si sottoponeva ad una tac torace, la quale mise in evidenza un quadro polmonare assai compromesso per la presenza di Un tessuto patologico addensante in corrispondenza del lobo medio, inferiore destro, del segmento posteriore del lobo superiore destro e in prossimità della ramificazione del bronco polmonare destro. Inoltre, si osservavano alcuni linfonodi di rilevante grandezza.

Il 5/10/2013 l'uomo si presentava in ospedale per dispnea ingravescente esordita nei 15 giorni precedenti e per febbre. Solo in occasione di quel ricovero i sanitari sospettavano un carcinoma broncogeno e li seguivano quindi una biopsia bronchiale. Al paziente veniva quindi così diagnosticato un carcinoma squamocellulare g3, e veniva quindi trasferito in un centro medico specializzato dove in ultimo moriva.

Analizzata la vicenda, il CTU osservava come nessuna censura potesse essere mossa nei confronti dei sanitari che avevano avuto in cura l'uomo a partire dalla diagnosi di neoplasia, che nulla potevano se non offrirgli cure di natura palliativa. Ad una diversa conclusione giungeva invece in relazione alle condotte professionali poste in essere dai sanitari che avevano prestato la propria opera in favore del paziente fra la data del 18/02/2013 e quella della diagnosi della malattia oncologica. Escludendo errori di refertazione, veniva tuttavia contestata la condotta posta in essere dallo pneumologo il quale si era limitato a svolgere una visita superficiale e che aveva omesso di disporre ulteriori accertamenti.

Infatti, in presenza di un quadro radiologico che non presentava segni di miglioramento a due mesi dall'esordio, avrebbe dovuto essere disposta un'indagine di secondo livello, in primis con tac torace. Il c.t.u ha inoltre evidenziato l'inutilità di disporre visite radiografiche così frequenti data la difficoltà che a distanza di 20 giorni si possano riscontrare evidenti cambiamenti.

Pertanto, veniva concluso che la negligenza del medico specializzato aveva comportato un notevole ritardo nella diagnosi della patologia tumorale di cui il de cuius era portatore. Tuttavia, veniva comunque specificato che anche in caso di diagnosi repentina, a causa dell'ampiezza e del grado di radicazione della patologia tumorale sarebbe stata escluso un qualsiasi tipo di approccio chirurgico. la patologia, infatti, poteva essere trattata solo attraverso cicchi di chemioterapia che avrebbero tutt'al più offerto al paziente circa il 20% di possibilità di sopravvivere per altri 2 mesi. Il giudice, tenuto conto del breve lasso di tempo di vita eventualmente perduto dal paziente, decideva di liquidare in via del tutto equitativa il danno risarcibile iure hereditatis a 11.000 €.

### ***Tribunale Lecce 28/09/2021 .2588***

Con la presente sentenza il tribunale di Lecce ha disposto il risarcimento in favore degli eredi dei danni patiti da un paziente, a causa delle negligenze e imperite prestazioni ricevute dai sanitari che lo ebbero in cura a partire dalla diagnosi nel marzo del 2010 di mieloma multiplo IgA/K.

Veniva esposto che all'esito del ricovero avutosi dal 15/03/2010 al 19/03/2010, il cinquantunenne scopriva di essere affetto da un mieloma multiplo studiato al secondo grado. La diagnosi veniva formulata all'esito di una RX del rachide lombare e del bacino eseguita in una struttura ambulatoria esterna e di scintigrafia ossea total body. Veniva poi dedotto che dal 22/03/2010 al 21/05/2010 il paziente si sottoponeva a tre cicli di chemioterapia di induzioni e il 12/05/2010 si sottoponeva a un RMN del rachide in toto, che indicava lesioni ripetitive multiple di malattia a carico della colonna vertebrale. Il 16/06/2010 il paziente veniva ricoverato per l'esecuzione di una terapia di mobilizzazione delle cellule staminali periferiche che venivano rinfuse nuovamente nell'agosto dello stesso anno.

Le indagini midollari eseguite in seguito mostravano un quadro di remissione morfologica completa della malattia. Nel maggio del 2011 il paziente veniva ricoverato per una rivalutazione di malattia, e sottoponendosi a diversi esami, tra cui una PET ed una tac cranica, la prognosi sembrava gradualmente peggiorare per cui e riprendeva a sottoporsi a una serie di terapie specifiche.

Il 14/09/2011 il paziente veniva ricoverato nel reparto ematologico presentando condizioni motorie compromesse per ipostenia agli arti inferiori, e veniva immediatamente sottoposto a una terapia radiante in aggiunta a quella steroidea già in corso.

Nel settembre 2011 veniva eseguito il secondo autotrapianto di cellule staminali, durante il quale si manifestò uno shock in concomitanza con sepsi. tale ulteriore aggravamento comportava uno definitivo peggioramento delle condizioni di salute del paziente che moriva l'8/12/2011.

Le contestazioni formulate da parte attrice si sostanziava in una condotta omissiva da parte dei sanitari che avevano forse con eccessiva leggerezza annunciato la remissione del cancro al paziente, nonché nell'imprudente decisione di procedere nuovamente al trapianto di cellule staminali nonostante le gravi condizioni cliniche in cui il paziente si trovava al momento dell'intervento.

Data la complessità del caso il giudice decide di nominare un collegio peritale, dalla cui analisi emergeva come l'operato dei sanitari si profilasse censurabile a partire dal novembre 2010 quando, venendo eseguiti alcuni esami di controllo, non disponevano un RMN di ispezione dell'andamento a livello osseo e non richiedessero un follow up più serrato. Inoltre, chiarivano come la scelta di procedere ad un nuovo autotrapianto di cellule staminali non fosse di per sé errata, dal momento che rappresentava una delle tre possibili opzioni indicati dalle linee guida di trattamento della recidiva specifica tipologia di tumore. Tuttavia, affermavano come non fosse stata corretta la tempistica dal momento che questo tipo di soluzione avrebbe dovuto essere adottata immediatamente e non come extrema ratio.

Date tali premesse, veniva comunque chiarito che la specifica forma di tumore da cui il paziente era affetto aveva manifestato una particolare aggressività confermata dalla recidiva verificatasi a non meno di un anno da una sua iniziale e apparente remissione. Questo portava a concludere che gli inadempimenti posti in essere dai sanitari non avevano causato l'exitus in sé per sé, che non era in alcun modo evitabile, ma avevano comportato la perdita per il paziente della possibilità di vivere per altri 10 mesi e in condizioni di vita migliori. Data però l'incapacità dei CTU di indicare il concreto ammontare della chance perduta il giudice decide di liquidare in via veramente equitativa una somma complessiva di euro 86.000.

### ***3. La valutazione parametrata sul coefficiente di riduzione***

Gli ulteriori due approcci che sono emersi dalla comparazione delle pronunce di merito si basano sulla stessa logica di fondo. Infatti, ambedue hanno il fine ultimo di rintracciare il valore degli anni di vita perduti, da parte del paziente, per decurtarlo poi attraverso l'impiego della chance che egli aveva di vivere per un periodo di vita più lungo come coefficiente di riduzione.

La differenza fondamentale fra questi due metodi liquidatori si sostanzia, invece, nella diversa modalità di calcolo che viene impiegato per compiere questa quantificazione. La soluzione analizzata nel presente paragrafo comporta che il giudice, per arrivare a liquidare il danno debba compiere due diversi passaggi: il primo consiste nel moltiplicare il valore previsto dalle tabelle milanesi per l'invalidità temporanea assoluta pro die per il numero di giorni che il paziente avrebbe potuto vivere in più in caso di una condotta medica adeguata; il secondo presuppone la riduzione del valore così stimato in relazione alla chance che egli ha perduto di ottenere il risultato sperato.

Il procedimento è quindi analogo a quello impiegato per la quantificazione del danno da perdita di chance di guarigione, con l'unica differenza data dalla necessità di tenere conto del lasso di tempo per cui sarebbe potuto sopravvivere.

Per il resto, quindi, si rimanda a quanto già sottolineato nel precedente capitolo.

#### ***Tribunale Reggio Emilia. Sent. 03/01/2008 n.3***

La sentenza in esame rappresenta una delle prime pronunce in cui si è effettivamente giunti a risarcire il danno da perdita di chance di sopravvivenza. Il giudice era stato adito dagli attori, in qualità di eredi, per ottenere la condanna di un ente ospedaliero a fronte del ritardo di circa 8 mesi nella diagnosi della patologia tumorale di cui la congiunta era in ultimo risultata affetta e per cui era deceduta.

Esponevano che in data 7 agosto 2000 la propria congiunta si sottoponeva alla asportazione chirurgica di una neoformazione cutanea del padiglione auricolare, a seguito di cui non riceveva alcuna prescrizione in quanto gli esami istologici effettuati dal laboratorio avevano diagnosticato un nevo melanocito di natura benigna. Deducevano inoltre che la paziente notava, nei mesi successivi, un ingrossamento ghiandolare in prossimità dell'orecchio sinistro e, sottoposta ad un prelievo mediante "ago aspirato" il cui reperto citologico era stato analizzato veniva nuovamente

tranquillizzata rispetto alla natura benigna della massa. La paziente, tuttavia, in via cautelativa, si rivolgeva ad un diverso ente ospedaliero dove, all'esito di nuovi esami istologici effettuati nel mese di marzo 2001, le veniva diagnosticato un "melanoma maligno a diffusione superficiale infiltrante" e iniziava le opportune cure.

Pertanto, gli eredi agivano in giudizio sostenendo che in presenza di una corretta e tempestiva diagnosi, la paziente avrebbe avuto la possibilità di sopravvivere per un lasso di tempo maggiore rispetto a quello concretamente vissuto, o quantomeno patendo delle sofferenze minori.

I consulenti tecnici nominati addebitavano ai medici della struttura ospedaliera "una condotta attendistica non compatibile a partire dalla data in cui veniva eseguito un prelievo con "ago aspirato.". Ciò sul presupposto che l'annotazione contenuta nel referto "è necessaria l'asportazione della lesione al fine di poter formulare una diagnosi istologica di certezza" avrebbe dovuto imporre l'esecuzione di un nuovo agoaspirato che venne, per contro, eseguito solo nel marzo del 2001 presso il diverso ente ospedaliero a cui la paziente si era spontaneamente rivolta.

Quanto poi alle conseguenze delle condotte i c.c.t.t.u.u. concordavano nell'affermare che - in considerazione della verosimile presenza di metastasi linfatiche già nell'agosto del 2000, dell'aggressività del melanoma maligno e della giovane età della paziente che favorisce un'ingravescenza progressiva e celere della patologia - la diagnosi tempestiva della malattia neoplastica avrebbe solo prolungato la vita della paziente senza, peraltro, concrete ed effettive probabilità di guarigione.

Ritenevano infatti che il fatto omissivo del ritardato trattamento avesse determinato una perdita di chances di sopravvivenza della paziente statisticamente valutabili nel 40% di altri cinque anni e nel 25% circa di altri dieci anni

Accertata quindi la sussistenza del danno, la liquidazione avviene mediante l'adozione del valore previsto per l'indennità giornaliera per invalidità totale temporanea, moltiplicato prima per 365 giorni e poi per ciascuno anno di vita: (euro 40,00 per 365 giorni = 14.600).

In seguito, il giudice ha decurtato l'importo conseguito per la percentuale del 40% ai primi 5 anni e agli altri cinque anni la percentuale del 25%; con la conseguenza che il primo quinquennio veniva ristorato con la somma di euro 29.200,00 ( $14.600 \times 5 = 73.000 \times 40\%$ ) ed il secondo quinquennio con la somma di euro 18.250,00 ( $14.600 \times 5 = 73.000 \times 25\%$ ).

### ***Tribunale Trieste 15/05/2017 n.338***

Con sentenza numero 338 del 2017, il tribunale di Trieste condannava l'azienda ospedaliera al risarcimento dei danni subiti da una paziente a causa dell'inadempimento dei sanitari che l'avevano avuta in cura.

Ad agire in giudizio sono gli eredi della donna, essendo quest'ultima deceduta in data Veniva dedotto che la congiunta nel mese di maggio 2009 si ricava dal proprio medico curante dopo aver accusato un malore dovuto presumibilmente ha una colica. all'esito degli accertamenti disposti, veniva riscontrata una sospetta neoplasia della colecisti e veniva quindi fissato un intervento chirurgico per la data 29/7/2009. Tuttavia, la donna



non ebbe mai modo di sottoporsi a detto intervento, dal momento che nel mentre le sue condizioni di salute si aggravarono a tal punto da renderlo non più idoneo. La paziente infine decedeva in data 16/08/2009.

Gli addebiti mossi dagli attori inerivano alla fase di accertamento e monitoraggio antecedente allo sviluppo delle complicazioni: la donna, infatti, si era più volte recata in ospedale per eseguire i controlli necessari prima dell'intervento e sulla base degli esiti riportati i sanitari avrebbero potuto prevedere il repentino aggravamento.

Inoltre, veniva contestato specificamente l'aver sottoposto la paziente ad un esame ERCP, particolarmente invasivo dal momento che presuppone l'incanalamento del coledoco, che avrebbe comportato l'aggravamento delle condizioni di salute.

Il CTU indubbiamente riscontrava dei profili di imperizia e di negligenza nelle operazioni diagnostiche condotte dai sanitari, sebbene non sia stata in grado di affermare con certezza la correlazione causa effetto fra l'esame ERCP e lo sviluppo delle complicazioni e riportate dal paziente. Riconosceva, tuttavia, che vi fosse stata una tendenziale sottostima della patologia da cui la donna era affetta, laddove invece il risultato degli esami su di lei condotti suggeriva la necessità di un approccio più tempestivo e meno invasivo.

Tale condotta aveva quindi sottratto alla donna la possibilità di una aspettativa di vita maggiore compresa secondo il CTU in un range tra circa il 30% e il 10% a 5 anni e fra il 75% e il 40% a un anno. Pertanto, si riteneva che fosse possibile stimare in via approssimativa una perdita di possibilità di sopravvivere per altri due anni.

Pertanto, il giudice decide di liquidare il danno da perdita di chance moltiplicando l'importo giornaliero previsto per l'invalidità temporanea per 700 giorni, fissando così l'importo a euro 28.000. Il ragionamento adottato dal giudice appare tuttavia non in linea con la fattispecie in esame, dal momento che il danno è stato riconosciuto integralmente pur non essendoci una certezza che in assenza dell'inadempimento medico il paziente avrebbe avuto la possibilità di vivere altri due anni.

Il giudice avrebbe infatti dovuto tener conto delle statistiche segnalate dal consulente non solo per individuare approssimativamente la maggiore durata della vita che gli è stata sottratta ma anche per quantificare le possibilità che gli avrebbe avuto di conseguire quel miglior risultato.

#### ***Tribunale Arezzo 27/06/2017 n.774***

Con sentenza n.774 del 2017 il Tribunale di Arezzo si pronunciava rispetto ad una richiesta di risarcimento del danno avanzata contro l'Azienda sanitaria e il medico convenuti per omessa diagnosi. Gli attori esprimevano che in data 26.06.2010 il proprio congiunto, accusando forti dolori allo stomaco, veniva visitato dal medico di turno della Guardia Medica, che concludeva che il dolore era da imputarsi solo ad una cattiva digestione, anche dovuta allo stato di forte sovrappeso del paziente, per cui si limitava a prescrivere dei fermenti lattici e a lasciare due fiale di "Plasil" da utilizzare al bisogno. Due giorni dopo l'uomo veniva rinvenuto nella sua abitazione privo di conoscenza e, allertato il 118, ne veniva constatato il decesso per insufficienza cardiaca. Gli attori sottolineavano gli evidenti profili di negligenza e imperizia in capo al medico curante,



la cui condotta omissiva aveva determinato, con concreta probabilità, quantomeno, la perdita di chances di sopravvivenza del paziente.

Dalla CTU medica svolta in corso di causa, emergeva come la causa del decesso fosse da imputare all'occlusione dei tre rami coronarici, a carico del ventricolo sinistro, che aveva comportato l'infarto del paziente. Veniva poi evidenziato come il medico si fosse concentrato sull'idea che il paziente soffrisse di una patologia digestiva, senza considerare la qualità del dolore addominale, generalmente spastico, accessionale (in caso di coliche), caratterizzato da dolorabilità palpatoria, con punti trigger individuabili semeiologicamente associati ad eventuale resistenza della parete addominale, ecc. Sarebbe, invece, stato prudente escludere con accertamenti mirati la possibile genesi cardiaca del disturbo, inviando il paziente presso un pronto Soccorso Ospedaliero, stante la lunga durata del dolore, la sua localizzazione, l'associazione con sintomi neurovegetativi (sudorazione), la coesistenza di fattori di rischio (ipertensione, dislipidemia, sesso maschile, età avanzata) ed il sospetto pregresso infarto miocardico inferiore.

Nell'andare ad individuare le possibilità di sopravvivenza perdute, il CTU premetteva che la diagnosi di dolore toracico ischemico è una delle più frequenti ed è quindi alla portata di ogni professionista che operi in un Dipartimento di Emergenza e che pertanto, nel caso in cui fossero stati disposti ulteriori accertamenti, difficilmente non sarebbe stata rilevata la patologia. Non essendo, inoltre, presenti segni di squilibrio emodinamico il CTU concludeva che, con un trattamento intraospedaliero ottimale, le chance di sopravvivenza del paziente avrebbero potuto essere ragionevolmente elevata.

Quanto alla tesi di parte convenuta secondo cui il paziente, anche nel caso di adeguato trattamento ospedaliero, avrebbe comunque avuto una probabilità di sopravvivenza contenuta "tra sei mesi e quattro anni", ha precisato il CTU come un tale assunto "evidentemente non tiene in considerazione alcun tipo di trattamento, in particolare l'efficacia della rivascolarizzazione miocardica, che, da oltre mezzo secolo, ha radicalmente migliorato la sopravvivenza dei pazienti coronaropatici. Anche la mortalità intraospedaliera per infarto miocardico, negli ultimi trenta anni, è passata dal 23% al 5-6%. È proprio il paziente trivasale (o con lesioni coronariche plurime, sub occlusive, ecc.) ad ottenere il massimo beneficio da un intervento di rivascolarizzazione. In relazione alla sopravvivenza, già i dati dello studio BARI 19 (Bypass/Angioplasty Revascularization Investigation, 1988/1991) indicavano una sopravvivenza globale a cinque anni dell'89.3% nel gruppo sottoposto a bypass aortocoronarico e dell'86.3% nel gruppo trattato con angioplastica, con sopravvivenza a sette anni dell'84% e del 79% rispettivamente. Anche nell'ipotesi di non dimostrata, né dimostrabile, riduzione della funzione contrattile ventricolare, rispetto a quella valutata pochi mesi prime dall'exitus, gli studi riportano una sopravvivenza soddisfacente"

Dunque, nel caso in esame, il giudice accoglie le doglianze di parte attrice, constatando un danno da perdita di chance di sopravvivenza per il paziente, sofferto dagli attori iure hereditatis. Procedendo alla liquidazione del danno, questa veniva rapportata alla riduzione del periodo di sopravvivenza provocata dall'errore medico, nonché alla

percentuale di possibilità astratta di conseguire il risultato massimo raggiungibile, data la situazione concreta.

Partendo dalla stima del valore complessivo (100%) del benessere psico-fisico di un uomo di 63 anni per come dalle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano moltiplicato per sette anni (€ 826.711,00), questo veniva inizialmente ridotto in ragione del fatto che il paziente non possedeva un pieno benessere psico-fisico del 100%, essendo, come si legge nella CTU, "iperteso, obeso e dislipidemico", in misura non inferiore al 30% a € 576.000,00.

Pareva al giudice quindi equo riconoscere, iure hereditario, un importo di € 192.000,00 (pari a un terzo della somma di € 576.000,00), ridotta in ragione dell'aspettativa inferiore di vita rispetto alla media e della percentuale sottesa alla chance perduta.

### ***Tribunale di Avellino. Sent. 06/07/2017 n.1353***

Il tribunale di Avellino veniva adito da parte attrice per sentire condannare al risarcimento dei danni subiti, iure hereditatis, l'ente convenuto a causa dell'omessa somministrazione, presso la farmacia dell'azienda sanitaria, del farmaco estero Thalidomide, prescritto dall'ematologo come indispensabile ed insostituibile per la cura del mieloma multiplo da cui era affetta la de cuius, regolarmente richiesto con trasmissione di apposito modulo al Ministero della Salute per la sua importazione in Italia secondo le procedure di legge.

L'esponente deduceva che la paziente era da tempo affetta dalla predetta patologia e che in data 28/11/2006, dopo una seduta diagnostica che aveva evidenziato il peggioramento della stessa, le era stato prescritta l'assunzione di Thalidomide, (all'epoca dei fatti non registrata in Italia e commercializzata all'estero, redigendo in data 4/12/2006 il modulo denominato A2 recante la richiesta di importazione del farmaco tramite la Unipharma s.a. Lugano in Svizzera). Veniva inoltre esposto che il modulo, così come prescritto dalla normativa, era stato trasmesso al Ministero della Salute a mezzo fax e che la fornitura era prevista entro tre o quattro giorni dalla richiesta presso la farmacia. Ivi recatosi in data 7/12/2006, l'attore veniva informato dalla farmacia, che il medicinale poteva essere somministrato solo a pagamento, essendo di produzione estera; tornato nuovamente presso l'esercizio, in data 14 dicembre 2006, veniva inoltre informato dell'impossibilità di fornire la Thalidomide. Nel frattempo, la paziente, non potendo fruire dei benefici del farmaco, si aggravava sempre di più soffrendo di atroci dolori, tanto da dover essere ricoverata in ospedale in data 24/12/2006. Dimessa il successivo 29/12/2006, la donna non era messa in condizione di seguire la terapia farmacologica in quanto il medicinale in questione non era ancora stato importato per ragioni di natura burocratica. In data 16/01/2007, la donna decedeva a causa dell'inguaribile malattia.

L'istante chiedeva il riconoscimento del proprio diritto a conseguire, quale successore, il risarcimento del danno spettante alla de cuius per le sofferenze subite nella fase terminale della vita e per la perdita di concrete chance di più lunga sopravvivenza consentite dalla somministrazione del farmaco.

Veniva riconosciuta la responsabilità della struttura alla luce dell'unica disposizione

vigente all'epoca dei fatti in materia, il d.m. 11 febbraio 1997, che, all'art. 2, attribuiva al medico curante che avesse ritenuto opportuno sottoporre un proprio paziente ad un trattamento terapeutico con un medicinale regolarmente autorizzato in un Paese estero, ma non autorizzato all'immissione in commercio in Italia, la facoltà di farne richiesta per l'importazione tramite una particolareggiata procedura; e che, all'art. 5 poneva direttamente a carico delle aziende sanitarie locali la responsabilità di erogazione di detti farmaci esteri

Ne conseguiva, dunque, che vi fosse stata un'omissione da parte dell'azienda ospedaliera l'importazione di farmaci da parte delle aziende ospedaliere che avrebbe dovuto agevolare e garantire alla paziente la possibilità di beneficiare del farmaco prescritto.

Per come poi chiarito dalle indagini del CTU, era evidente che la somministrazione del farmaco non avrebbe in alcun modo impedito la verifica dell'exitus della donna, dal momento che era un farmaco per lo più volto a soddisfare delle esigenze palliative. Infatti, il c.t.u. chiariva che la terapia immunomodulante (Thalidomide) avrebbe verosimilmente consentito alla paziente di rispondere positivamente al trattamento, così da evitare gli incontestati effetti distruttivi che nell'immediatezza dei fatti oggetto di causa determinarono il ricovero della paziente. Quanto alle possibilità di sopravvivenza l'ausiliario aggiungeva che esse esistevano in concreto, atteso che, in base alla letteratura medica, i pazienti affetti da mieloma multiplo refrattario trattati con Thalidomide associato a desametasone (TD) forniscono una risposta parziale positiva nel cinquanta per cento dei casi, sopravvivendo più a lungo (6 mesi) rispetto a coloro che si sottopongono a chemioterapia classica.

Pertanto, ritenuto sussistente il danno da perdita di chance, il giudice procedeva alla sua quantificazione. Quanto al deperimento delle condizioni di salute della Fa. conseguenti alla mancata erogazione del farmaco, veniva riconosciuto un ristoro economico correlato alla durata della sopravvivenza effettiva della vittima, pari a trenta giorni circa fra la data in cui avrebbe potuto ragionevolmente fruire del farmaco (dieci – quindici giorni dalla richiesta del 4/12/2006) e quella del decesso (16/01/2007).

Considerando questo arco temporale come periodo di totale inabilità temporanea, si quantifica il danno non patrimoniale così subito in € 4.350,00 (euro 55 per ciascun giorno).

Quanto alla perdita delle possibilità di sopravvivenza la giurisprudenza il giudice riteneva equo triplicare<sup>134</sup> il valore giornaliero del danno da invalidità temporanea assoluta e moltiplicare il risultato così ottenuto per i giorni di probabile vita residua

---

<sup>134</sup> Questo in considerazione del fatto il valore di ogni giorno di vita perduto è superiore al giorno vissuto in un'inabilità temporanea assoluta, tenuto anche conto che la perdita di chance di vita, vuol dire anche perdita della possibilità di programmazione degli ultimi giorni della propria esistenza, ed in quanto tale non incide solo sulla salute e sulle abitudini della vittima, ma anche più in generale sulla possibilità di una compiuta autodeterminazione nelle fasi conclusive della propria esistenza.

determinati dall'ausiliario, pari a complessivi sei mesi.

Il risultato ottenuto (€ 78.300,00) va però ridotto considerando il fattore di attenuazione rappresentato dalla percentuale di sopravvivenza in concreto esistente, pari al cinquanta per cento, sicché la voce di danno viene definitivamente determinata in € 39.150,00.

### ***Tribunale Firenze. Sent. 24/01/2018 n.208***

La controversia decisa dal tribunale di Firenze con sentenza numero 208 del 2018 ha ad oggetto la domanda volta ad ottenere la condanna di un'azienda ospedaliera al risarcimento del danno da perdita di chance subito iure hereditatis dell'attrice in conseguenza della morte del coniuge.

Veniva esposto che il congiunto era deceduto a causa di carcinosi peritoneale, una patologia che non era stata tempestivamente diagnosticata dai sanitari a cui il paziente si era rivolto nel gennaio 2007.

Secondo le prospettazioni di parte attrice, il comportamento tenuto dai sanitari non era stato conforme agli standard di diligenza imposti loro, in virtù dei quali i medici avrebbero dovuto indagare con maggiore approfondimento i sintomi lamentati dal paziente. In particolare, emergeva che in data 22/01/2007, il paziente si recava presso il pronto soccorso dell'ente convenuto lamentando sintomi di vomito e forti dolori addominali. Il ricovero, venivano effettuati esami di laboratorio evidenziati leucocitosi neutrofila di grado elevato e un TC che evidenziava anse intestinali di aspetto ipotonico con abbondante liquido endoluminale. I sanitari diagnosticavano al paziente una appendicopatia acuta, che trattavano con farmaci. Solamente nel novembre 2007, dal momento che persistevano i dolori addominali, al paziente fu diagnosticato un carcinoma del colon lo statico allo stadio IV.

Parte attrice sottolineava inoltre che l'inadeguatezza della diagnosi fosse aggravata dal fatto che il paziente aveva subito comunicato ai sanitari di essere affetto dalla retto colite ulcerosa cronica, fattore che tendenzialmente predispone chi ne è afflitto alla malattia neoplastica del colon.

Questa negligenza aveva comportato per il congiunto la perdita delle chance di sopravvivere alla patologia tumorale per un lasso di tempo maggiore rispetto a quello effettivamente vissuto.

I profili di imperizia e negligenza emergono anche dalla analisi dei c.c.t.t.u.u., i quali riferivano che per il paziente con una storia clinica come quella del de cuius la malattia neoplastica era fortemente sospettabile. Inoltre, veniva rilevato come il contegno dei sanitari evidenziasse una generale sottovalutazione e non approfondita analisi dei sintomi del paziente nonché dei risultati degli esami che erano stati condotti sia al suo arrivo in pronto soccorso sia una volta dimesso. Pertanto, veniva confermato che a causa dell'inadempimento medico il paziente avesse subito un ritardo diagnostico di 9 mesi.

Tenuto poi conto della patologia dolorosa persistente, veniva ipotizzato che nel gennaio 2007 il tumore non fosse allo stadio iniziale ma che avesse già coinvolto i plessi nervosi, rendendo di conseguenza già alla data di arrivo al pronto soccorso l'evento

morte inevitabile.

Tuttavia, indubbiamente, laddove prontamente diagnosticato il quindi trattato il paziente avrebbe avuto una 37% di possibilità di sopravvivere altri 5 anni.

Riconoscendo la sussistenza di una perdita di chance di sopravvivenza, il giudice procede andando inizialmente ad individuare lo scarto temporale fra il momento in cui si è verificato il decesso e quello in cui si sarebbe auspicabilmente potuto verificare: 964 giorni.

Moltiplica a questo punto 964 sia per l'importo giornaliero riconosciuto dalle tabelle di Milano per l'invalidità permanente, sia per l'importo giornaliero individuato con riferimento all'inabilità temporanea assoluta. a questi differenti importi applica il coefficiente di riduzione rappresentato dalla chance e dunque li decurta al 37%.

Infine, confronta gli importi così calcolati e individua la somma liquidabile nel valore medio tra i due.

Perciò:

Euro 30.053,46 = (invalidità permanente giornaliera (84,29) x 964 giorni) - 37%

Euro 51.718,60 = (invalidità temporanea assoluta giornaliera (145) x 964 giorni) -37%

Risarcimento= 46.442, 41 €

La presente pronuncia fornisce un quadro rispetto al problema della quantificazione del danno da perdita di chance di sopravvivenza. In particolare, evidenzia l'indecisione dei giudici di merito, che vogliano procedere a una quantificazione fondata sulle tabelle di Milano, nella scelta di quale sia il parametro di riferimento: se l'invalidità permanente o l'invalidità temporanea.

Nel caso di specie, il giudice ha ritenuto che l'equità risiedesse nel valore intermedio fra i due differenti metodi liquidatori.

### ***Tribunale Livorno. Sent. 19/03/2018 n.332.***

Con sentenza 332 del 2018, il Tribunale di Livorno si è pronunciato rispetto ad una richiesta di risarcimento del danno subito a causa del ritardo diagnostico di un processo morboso tumorale.

Gli attori, in qualità di eredi, agivano in giudizio esponendo che, fra il 1997 e il 1999, la loro congiunta si sottoponeva a due mammografie bilaterali, dalle quali, in ambedue i casi, non emergevano alterazioni sospette.

Nel febbraio del 2000, tuttavia, una nuova mammografia evidenziava una neoplasia e quindi la paziente, nel marzo dello stesso anno, si sottoponeva ad un intervento di quadrantectomia sinistra con svuotamento ascellare e successivamente a trattamento chemioterapico.

Nel gennaio del 2002, venivano riscontrate metastasi ossee, curate con ormonoterapia; nel 2003 veniva individuata l'insorgenza di metastasi polmonari e cerebrali. La donna veniva quindi ricoverata presso l'unità di cure palliative dove decedeva il 30/5/2004.

Le contestazioni mosse da parte attrice inerivano all'errata interpretazione che i medici avevano dato ai risultati dei primi due esami eseguiti dalla paziente, dal momento che già in occasione della prima mammografia, eseguita nel 1997, sarebbe stato possibile

diagnosticare la patologia.

Attraverso le analisi del CTU, emergeva come il carcinoma mammario da cui era affetta la paziente fosse una patologia particolarmente letale contro la quale l'unica arma utile e la diagnosi precoce, dal momento che solo cure tempestive possono portare alla guarigione clinica.

Sottolineava, inoltre, che una accurata valutazione dei radiogrammi del 1997, pur non consentendo una diagnosi univoca, avrebbe dovuto indurre i medici a effettuare controlli meno sporadici; le immagini invece dell'esame del 1999 avrebbero dovuto permettere ai sanitari di individuare chiaramente la presenza della neoplasia.

Indubbiamente, quindi, il CTU riscontrava una imperizia e negligenza nell'operato dei medici; purtuttavia, stabiliva che una diagnosi tempestiva avrebbe solo aumentato le possibilità di sopravvivere in condizioni di vita migliori, data la particolare aggressività della patologia.

La chance che la donna aveva perduto a causa di detto inadempimento veniva stimata intorno al 25 - 30%.

Il giudice, riconosciuta la sussistenza di un danno e la perdita di chance, procedeva alla quantificazione del danno.

Calcolando, innanzitutto, che la donna nella seconda metà del 2002 avesse subito un danno biologico permanente di circa il 50%, progredito al 75% dopo circa un anno, e giunto al 100% negli ultimi tre mesi prima del decesso.

Pertanto, nel calcolare il danno biologico complessivo il giudice ha calcolato sia il danno biologico terminale (moltiplicando il valore previsto dalle tabelle di Milano per questa specifica voce di danno per 100 giorni) sia il danno biologico temporaneo sofferto per i restanti 530. Arrivava quindi a stimare un importo complessivo quantificato in 160.000 €. Tale somma minima poi ridotta in relazione alla percentuale di possibilità perduta (fissata in 27.5%) in euro 44.000.

Quindi riassumendo, il calcolo operato dal giudice è:

$(\text{Danno biologico terminale} \times 100) + (\text{danno biologico temporaneo} \times 530) \times 27,5\%.$

### ***Tribunale Paola 08/05/2018 n.345.***

La controversia decisa dal tribunale di Paola aveva ad oggetto la domanda di condanna al risarcimento del danno patito dagli attori in conseguenza di un'errata diagnosi medica effettuata dai sanitari dipendenti dell'ente ospedaliero convenuto durante una visita specialistica tenutasi in data 26/10/2207.

Veniva rilevato che la paziente, accortasi di una tumefazione dolente al tatto al seno destro, in quella data, si sottoponeva ad una visita al termine della quale le veniva diagnosticato un addensamento dolente di natura fibroadenosica, privo di significato oncologico.

Tuttavia, stante il ripetersi di manifestazioni dolorose, la donna si sottoponeva ad ulteriori accertamenti sanitari e in particolare nel luglio dell'anno 2008 a seguito dell'esame di agobiopsia alla mammella, le veniva rilevato un carcinoma duttale infiltrante.

Nonostante il trattamento terapeutico chemioterapico eseguito successivamente alla

diagnosi la donna comunque decedeva.

Il giudice, in corso di causa accertava la condotta negligente, imprudente e imperita posta in essere in occasione della prima visita di controllo in quanto non conforme ai protocolli guida internazionali, secondo cui, in presenza di una tumefazione nodulare circoscritta, e sempre necessario procedere ad un'integrazione diagnostica con radiografia mammografica, anche laddove i noduli non siano ecograficamente sospetti. L'analisi condotta dal c.t.u inoltre aveva evidenziato come oltre all'errore diagnostico si fosse verificato un errore nella relazione del referto, in quanto non riportava le caratteristiche della neoformazione riscontrata, sulla base delle quali tendenzialmente si è soliti differenziare le diagnosi di un nodulo di natura benigna dei noduli di natura maligna.

Infine, era rintracciabile un ulteriore profilo di imperizia data dalla mancata prescrizione di controlli eco a distanza di tre/sei mesi massimo.

Il ritardo diagnostico conseguito all'inadempimento sanitario e stimato in 9 mesi circa aveva quindi sicuramente causato una posticipazione nell'inizio di quella terapia specifica per questo tipo di neoplasia, che avrebbe potuto offrire un prolungamento e un miglioramento qualitativo dell'esistenza della paziente.

Le conclusioni del CTU riportavano che una precocità diagnostica avrebbe determinato presumibilmente una chance di maggiore intervallo temporale di vita stimabile intorno a 1 ulteriore anno, che in termini percentuali veniva quantificata in una possibilità del 20%.

Pertanto, il giudice riconosceva il risarcimento del danno da perdita di chance di sopravvivenza in favore degli eredi della paziente, che quantificava in euro 42.924 complessivi. Tale somma era frutto di un calcolo che poneva alla base gli importi riportati dalle tabelle milanesi per il danno non patrimoniale per inabilità assoluta. Il valore pro die, pari ad euro 98, veniva maggiorato nella misura del 50%<sup>135</sup> e quindi moltiplicato per 365 giorni ossia per il periodo di tempo ulteriore che la donna avrebbe potuto vivere se la patologia le fosse stata tempestivamente diagnosticata.

L'importo così ottenuto di euro 53.655 veniva infine decurtato in ragione della concreta probabilità di conseguire il risultato finale (20%). Pertanto, la somma finale liquidata ammontava ad euro 53.655.

#### ***Appello sez. IV - Torino, 15/05/2019, n. 814***

I fatti di casa riesaminati dalla Corte di Appello di Torino ineriscono ad una richiesta di risarcimento del danno da perdita di chance di sopravvivenza, che l'attore aveva subito a causa di un ritardo diagnostico.

Esponeva che nella primavera del 2009 sul proprio cuoio capelluto era comparsa una piccola lesione, in accrescimento e sovente sanguinante, che aveva sottoposto all'attenzione del dermatologo durante una visita svoltasi nel mese di luglio, a cui era seguita anche una visita chirurgica.

---

<sup>135</sup> M. Faccioli in *Ridare.it* sottolinea come la tendenza dei giudici a raddoppiare o comunque aumentare gli importi di riferimento delle tabelle milanesi sia data dall'assunto che il valore della vita umana sia superiore al valore riconosciuto a un giorno vissuto in invalidità totale.

Gli accertamenti svolti evidenziavano l'esistenza, sulla base del collo, di una formazione di aspetto reniforme, ecograficamente riferibile a linfonodi aspetto reattivo. Il paziente veniva quindi sottoposto ad un intervento di asportazione, ma solo in data 5/2/2010., e successivamente ad un esame istologico che aveva rilevato la presenza di metastasi di melanoma. Veniva quindi lamentato un non corretto approccio da parte dei sanitari, in particolare del dermatologo che lo aveva avuto originariamente in cura, dal momento che, per via dell'analisi superficiale da esso condotta, la patologia tumorale era stata scoperta solo mesi dopo.

La parte concludeva evidenziando di essere, ancora nell'attualità, costretta a sottoporsi ad un esteso follow-up e di soffrire di estesi invalidanti esiti cicatriziali dell'estremo encefalico, oltre a sindrome di Frey in sede di parotidectomia dx.

Dalle valutazioni del c.t.u, il giudice di primo grado aveva modo di accertare l'inidoneità del contegno tenuto dai sanitari durante le visite svolte nel 2009, dal momento che già in quella sede sarebbe stato possibile riconoscere la degenerazione maligna della neoplasia. L'omesso riconoscimento della trasformazione maligna avrebbe potuto inoltre essere definitivamente evitato se fossero state disposte visite più ravvicinate.

In primo grado, il giudice aveva ritenuto risarcibile il c.d. danno differenziale, dato dalla differenza fra le lesioni che il paziente avrebbe conseguito in caso di guarigione ottimale (6%) e quelle che aveva diversamente riportato (74%), liquidando una somma di euro 759.874.

Non aveva invece considerato il danno da perdita di chance subito dal paziente e consistito nel venir meno dell'aspettativa di sopravvivenza che normalmente vengono stimati per la popolazione maschile italiana in ottant'anni.

Infatti, il consulente d'ufficio aveva sottolineato come la prognosi dell'uomo fosse notevolmente peggiorata a causa del ritardo medico: le sue possibilità di sopravvivenza nell'arco di un quinquennio ammontavano a circa il 60%.

A tale riconoscimento e liquidazione procede invece la Corte d'Appello. I giudici, assumendo a riferimento le tabelle milanesi, in relazione ad un soggetto portatore di un'invalidità pari al 74%, stimano un importo di euro 65.165 con riguardo al primo biennio, euro 18.618 per ciascun anno successivo.

Quindi, con riferimento ad un lustro il risultato aritmetico coincide con la somma di euro 181.528,50.

Quest'ultimo importo viene infine decrementato nell'aliquota del 60%, corrispondente alla probabilità di sopravvivenza dell'interessato nell'arco di un quinquennio, e quindi fissato in euro 72.611,40, pari appunto al 40% dell'intero.

### ***Tribunale Perugia. Sent. 28/11/2019 n1851***

In seguito al decesso del proprio congiunto, gli attori convenivano dinanzi al tribunale di Perugia l'azienda ospedaliera per sentirla condannare al risarcimento dei danni subiti iure ereditario in conseguenza della colpa dei medici che l'avevano avuto in cura in occasione del ricovero avvenuto in data 2 agosto 2006. Le censure mosse alle condotte dei sanitari attenevano principalmente all'errata esecuzione dell'intervento chirurgico del 21 agosto 2006 e per le conseguenze post-operatorie da esso scaturite, la cui



criticità non era stata valutata adeguatamente dall'equipe chirurgica né dai medici del reparto nei giorni seguenti.

Veniva, infatti, esposto che il paziente era stata ricoverato il 2/8/2006 per la comparsa di ittero e durante il ricovero erano stati eseguiti accertamenti che avevano portato alla diagnosi di colangiocarcinoma di tipo infiltrativo. Era stato dunque trasferito nel reparto di chirurgia e sottoposto ad un ERCP, che mostrava eteroplasia della placca ilare. Il 21/8/2006 veniva eseguito un intervento chirurgico di resezione epatica, al seguito del quale, a partire dal giorno 24 agosto, iniziava a manifestare segnali di peggioramento repentino. Motivo per cui, il 26 veniva trasferito nel reparto di terapia intensiva dove veniva sottoposto a un nuovo intervento chirurgico. Il 28 infine decideva a causa di un arresto cardiaco.

Il CTU evidenziava come le neoplasie della tipologia di cui il paziente era affetto fossero raramente operabili, dal momento che nella maggior parte dei casi il tumore è considerato non resecabile chirurgicamente, soprattutto quando al IV stadio. Pertanto, la decisione di agire chirurgicamente anziché trattare con cure antibiotiche la neoplasia rappresenta una grossa deviazione rispetto a quelle che sono le linee guida in materia. Inoltre, sottolineava come il generale peggioramento delle condizioni di salute verificatosi successivamente all'intervento fossero assolutamente prevedibile e rappresentasse forse anche uno dei motivi per cui l'approccio chirurgico in questi casi viene sconsigliato. Quindi, di per sé, l'errore medico non consistito in un'errata esecuzione dell'intervento, di cui le successive complicazioni non rappresentavano un sintomo di negligenza ma semplicemente la naturale conseguenza dell'intervento.

L'errore stava invece nella scelta di intraprendere la strada della chirurgica, in assenza del quale il paziente avrebbe avuto un 50% di possibilità di sopravvivere per i successivi 12-24 mesi ed il 20% di possibilità di sopravvivere per altri quattro anni. Tale inadempimento, risultava tanto più grave, tenuto conto del fatto che i sanitari, stante la consapevolezza dei rischi a cui il paziente veniva esposto per il tramite dell'intervento chirurgico, avrebbero indubbiamente dovuto tenere un contegno più attento e vigile nella fase del post-operatorio.

Nel quantificare il danno, il giudice assumeva come parametro di partenza quello previsto dalle tabelle di Milano per il danno terminale subito dalla donna nei due giorni intercorsi dal secondo intervento alla morte (euro 20.000).

Questo valore, veniva poi dimezzato in considerazione della possibilità perduta dalla donna di sopravvivere per altri 24 mesi, e quindi veniva ridotto a euro 10.000. A questo importo viene poi aggiunto un 20% in considerazione della perdita della possibilità di sopravvivere per altri due anni rispetto a quelli già calcolati (quindi quattro anni in tutto dalla data di intervento). Quindi, in ultimo il giudice liquida il danno da perdita di chance della paziente di sopravvivenza in euro complessivi 12.000.

Si tratta di un criterio di quantificazione particolarmente innovativo dal momento che tiene conto ambedue le aspettative di vita ridotte, mentre tendenzialmente, i giudici che si avvalgono di questo specifico criterio assumono a riferimento solo la percentuale relativa all'aspettativa di vita più a lungo termine.

### ***Tribunale di Rieti. Sent. 10/02/2020 n.82***

Con la pronuncia 82 del 2020, il Tribunale accertava la negligenza, imperizia ed imprudenza degli operatori sanitari che avevano avuto in cura la congiunta degli attori e condannava al risarcimento del danno da perdita di chance di sopravvivenza della stessa.

Gli attori assumevano che nel mese di febbraio 2012, il proprio dante causa ai sottoponeva ad una radiografia del torace con esito di referto negativo. Peggiorando però le condizioni di salute della donna, questa svolgeva degli ulteriori accertamenti, all'esito dei quali veniva ricoverata presso il reparto malattie infettive.

In data 29.05.2012 la donna veniva sottoposta a broncoscopia con referto coerente con carcinoma polmonare neuroendocrino a piccole cellule.

Dal 05.06.2012, la paziente subiva sei cicli di chemioterapia; dal 15 al 28/11/2012 era sottoposta a radioterapia sul polmone destro; dal 31/01/2013 al 15/02/2013 a radioterapia sull'encefalo; dal 20/03/2013, a nuovi sei cicli di chemioterapia - durante tali trattamenti subiva una serie di effetti collaterali sul piano fisico e psicologico e cominciava a soffrire di episodi sempre più gravi di epilessia, sino al ricovero in data 07/10/2013. Veniva infine dimessa in data 22/10/2013, avendo i parenti rifiutato l'Hospice, con un rapido peggioramento delle condizioni di salute nel mese di dicembre e decesso in data 23/12/2013.

Gli attori agivano quindi in giudizio, lamentando la condotta colposa degli operatori sanitari che non avevano diagnosticato tempestivamente il microcitoma e che quindi avevano causato un ritardo di circa tre mesi nell'avvio delle terapie apposite.

E l'esame condotto dal c.t.u. confermava in parte dette doglianze. Infatti, analizzati gli esiti dell'esame rx torace del 13/02/2012, il consulente affermava che sarebbe stato necessario provvedere ad integrazione con esame TC con mezzo di contrasto. Una eventuale risposta positiva alla TC torace avrebbe dato il via ad ulteriori esami strumentali, con possibilità di fare la diagnosi di microcitoma. Ciò avrebbe permesso di iniziare la terapia circa tre mesi prima di quanto concretamente avvenne nella vicenda in esame.

Inoltre, il perito aggiungeva che l'ipotesi più probabile era che alla data del 13/02/2012 la patologia fosse già in uno stadio di "malattia limitata", localmente estesa, in relazione alla quale la sopravvivenza a 2 anni è del 20/25%. Pertanto, un'anticipazione della diagnosi avrebbe statisticamente concesso alla paziente semplicemente un periodo di sopravvivenza ulteriore dai 4 ai 6 mesi.

Procedendo alla liquidazione del danno da perdita di chance, il giudice decideva inizialmente di moltiplicare l'importo previsto dalle tabelle di Milano per un giorno di inabilità temporanea assoluta (euro 98), per il numero di giorni di maggiore sopravvivenza. Successivamente, riduceva il valore così ottenuto di 17.640 della misura del 50%, in considerazione della chance che la paziente avrebbe avuto, giungendo a liquidare un importo pari ad euro 8.820.

### ***Tribunale Perugia. Sent. 28/02/2020 n.332***

La sentenza in esame riporta la pronuncia con cui il Tribunale di Perugia ha condannato

un ente ospedaliero al risarcimento del danno da perdita di chance di sopravvivenza cagionato dagli operatori medici ad una paziente ivi in cura.

Gli attori sostenevano che la donna, in data 29/10/2002, a seguito del riscontro personale del ritiro del capezzolo della mammella sinistra, si sottoponeva ad un esame senologico niente reparto è specializzato dell'ente convenuto. Non essendo state rilevate alcun tipo di alterazioni a carattere neoplastico, veniva fissato un nuovo controllo dopo 18 mesi. Tuttavia, la donna, preoccupata dal perdurare della retrazione e dell'indurimento e rigonfiamento doloroso della ghiandola mammaria, decideva di sottoporsi ad un nuovo esame già in data 9/08/2003. Anche in quell'occasione non venivano riscontrati segni di neoplasia, ma veniva predisposta una terapia medica per lenire il dolore. Inoltre, veniva esposto da parte attrice che in data 25/08/2003, la donna si sottoponeva a un ulteriore esame clinico ed ecografia al termine del quale la paziente si convinceva di non avere in atto malattie particolarmente gravi o pericolose. Solo in data 27/10, rivolgendosi ad una diversa struttura, scopriva di soffrire di carcinoma infiltrante, e iniziava le apposite cure, che tuttavia non ne impedivano l'exitus.

Gli eredi agivano quindi in giudizio per ottenere iure hereditatis ristoro dei pregiudizi sofferti dalla loro congiunta a causa dei plurimi inadempimenti dei sanitari a cui inizialmente si era rivolta, e che si sostanziano nella perdita di chance di vivere più a lungo.

Richiesto il contributo di un consulente tecnico d'ufficio, il giudice era in grado di accertare non solo la condotta negligente dei sanitari che avevano refertato i risultati del secondo esame della paziente ma anche l'imprudenza con cui era stata condotta la prima visita. Dalle considerazioni offerte dal perito, infatti, indubbiamente che il tumore fosse già presente e diagnosticabile alla data della seconda visita, verificatasi nell'agosto del 2003, essendo, poi nel concreto, stato diagnosticato appena due mesi dopo. Questo denotava quindi, che nell'analizzare i risultati dell'esame condotto il 25/08/2003, era stato commesso un grave errore diagnostico da parte dei sanitari.

Non era invece stato in grado di esprimersi con un altrettanto grado di certezza in ordine alla presenza della patologia al momento della prima visita. Questo, poiché non erano stati condotti degli accertamenti più specifici, sebbene lo standard di prudenza imponesse allo specialista di disporre o quantomeno suggerire delle indagini diagnostiche più dettagliate.

Tuttavia, a tale ritardo non era comunque imputabile l'exitus della paziente, data l'impossibilità di accertare con la certezza tipica del più probabile che non che in caso di diagnosi precoce la donna sarebbe sicuramente sopravvissuta più a lungo. Quello che poteva certamente essere affermato è che una pronta diagnosi avrebbe assicurato alla donna un 40% di possibilità di sopravvivere per altri 5 anni.

Il tribunale ha quindi ritenuto di dover moltiplicare l'importo previsto per l'inabilità temporanea dalle tabelle di Milano, maggiorato del 50% a titolo di personalizzazione, per 930 giorni ovvero il tempo di sopravvivenza effettiva della donna. Non ha poi ritenuto necessario decurtare in ordine alla chance perduta di importo che è quindi stato liquidato nella somma di euro 136.710.

***Tribunale Aosta, sent. 20/04/2021 n.115.***

La sentenza in esame inerisce all'accertamento dei danni patiti dal congiunto di parte attrice a causa della condotta negligente tenuta dal medico specialistico convenuto.

In particolare, veniva esposto che, nonostante la sintomatologia più volte riferita dal paziente e nonostante le preoccupazioni costantemente espresse, il medico era giunto a diagnosticare con estremo ritardo la neoplasia prostatica che affliggeva il de cuius, comportando così la perdita per quest'ultimo delle chance di vivere meglio.

Sostenevano i ricorrenti che il loro congiunto aveva iniziato ad accusare un malessere già nel giugno del 2013 e che, a partire da quella data, si era sottoposto a una prima visita urologica. La sintomatologia, aggravatasi a partire dal maggio 2014, avrebbe, a detta di parte attrice, dovuto indurre il medico a esperire una serie di accertamenti e dei controlli più stringenti.

I fatti, per come esposti da parte attrice, venivano confermati dall'analisi condotta dal CTU, il quale rilevava che, soprattutto in considerazione dell'età del paziente e dell'evoluzione clinica, il sanitario avrebbe dovuto disporre approfondimenti diagnostici mirati (come biopsia prostatica).

Pertanto, venivano confermate le censure mosse alla condotta del medico, che risultava quindi imprudente e oltremodo negligente, anche alla luce della sua specializzazione nel settore.

Tuttavia, veniva anche affermato, in considerazione delle caratteristiche estremamente aggressive dello specifico tipo di neoplasia, che non era possibile valutare quanto una diagnosi più precoce e tempestiva avrebbe potuto incidere sull'esito infausto. La progressione rapida dei sintomi, infatti, rendeva impossibile la certezza che in mancanza dell'inadempimento il paziente avrebbe evitato l'evento fatale. Quello che invece, era certo che la negligenza dei sanitari aveva definitivamente fatto venir meno le chance di avere una qualità di vita migliore durante l'ultimo periodo di sopravvivenza.

Tali considerazioni hanno permesso al giudice di considerare integrato il nesso di causalità fra la condotta del sanitario e la perdita di chance di una sopravvivenza meno dolorosa del paziente, che in presenza di una più rapida diagnosi avrebbe avuto una possibilità di vivere più a lungo o quantomeno con minori sofferenze.

Il CTU, tuttavia, non specificava l'effettivo ammontare della chance e pertanto il giudice procedeva ad una autonoma stima della stessa, che quantificava al 50%.

Infine, liquidava il danno prendendo come riferimento l'importo tabellare relativo al danno biologico terminale che poi dimezzava applicando la chance come coefficiente di riduzione.

***4. La valutazione parametrata al valore degli anni di vita perduti***

L'ultimo criterio emerso tramite l'analisi delle pronunce delle Corti di merito è indubbiamente quello più complesso, dal momento che presuppone il compimento di quattro passaggi per giungere a quantificare il danno da perdita di chance di sopravvivenza.

Si tratta di un approccio che trae ispirazione da una risalente pronuncia del Tribunale di Monza pubblicata in data 30/1/1998.<sup>136</sup>

Il caso di specie era quello di un pensionato settantacinquenne, che, rivoltosi ad un oncologo, subisce l'asportazione ambulatoriale di un neo, del quale il medico diagnostica – attraverso un falso reperto istopatologico – la natura benigna. Sette mesi più tardi l'uomo viene ricoverato in una struttura ospedaliera, dove verrà accertata la natura maligna del male; il nuovo intervento cui l'uomo viene sottoposto, essendo effettuato in una fase avanzata oramai del melanoma, non impedirà la morte del paziente, sopravvenuta nel giro di due mesi. Del decesso del paziente viene considerato responsabile, in sede penale, lo specialista incorso nell'errore di diagnosi e terapia. Determinante, per quanto riguarda l'imputazione del medico, risulta il rilievo che un tempestivo intervento chirurgico avrebbe garantito la sopravvivenza per cinque anni del malato: di qui il verdetto di omicidio colposo emesso a carico del medico e la condanna generica di risarcimento dei danni. Ed è sul quantum dei pregiudizi spettanti ai congiunti della vittima che è chiamata a pronunciarsi, in sede civile, la sentenza in commento.

Il Tribunale si trova, perciò, a dover quantificare – sul piano risarcitorio – una perdita di sopravvivenza di cinque anni, derivante dall'errata diagnosi medica. Nella ricerca di una soluzione, il Tribunale monzese ritiene di non poter fare riferimento ai criteri di liquidazione del danno biologico temporaneo, temendo in tal maniera di incorrere in un effetto paradossale: si assisterebbe infatti – sottolinea il giudice – ad una Pagina 2 di 8 quantificazione tanto minore del pregiudizio, quanto maggiore sia stata la sottrazione di sopravvivenza a carico della vittima. Respingendo una simile ricostruzione del danno (il cui ammontare risulta comunque quantificato, a livello di obiter dictum, nella somma di lire 7.200.000), il tribunale sottolinea come altri debbano essere i parametri di determinazione di un pregiudizio che viene identificato nei termini di "danno patrimoniale da perdita di sopravvivenza". Il punto di partenza per tale calcolo viene individuato nei criteri di valutazione del danno biologico permanente, risultanti dalle tabelle di liquidazione adottate dal tribunale di Milano. Sulla base di tali parametri viene identificato il "valore uomo" di una persona avente l'età della vittima, cui il giudice perviene prendendo come base di partenza la quantificazione di una lesione che abbia determinato la diminuzione del 100% della validità biologica di una persona settantacinquenne. Tale importo, diviso per gli anni di età, consentirebbe di ricavare, secondo il tribunale, il "valore uomo per ogni anno di sopravvivenza"; la successiva moltiplicazione della somma così ricavata per gli anni di vita perduti porta alla liquidazione finale del danno in una somma di poco superiore ai 42 milioni.

Applicando questo criterio di ragionamento all'ambito della perdita di chance di sopravvivenza, il giudice per stimare il danno è tenuto a:

---

<sup>136</sup>P. Ziviz *Il risarcimento per la perdita di chances di sopravvivenza*, in *Responsabilità Civile e Previdenza*, fasc.3, 1998, pag. 705.

- 1) individuare il valore individuato dalle tabelle di Milano per il risarcimento del danno biologico da invalidità permanente del 100% per un soggetto dell'età corrispondente a quella del paziente;
- 2) Dividere l'importo in relazione al numero di anni del paziente stesso, al fine di stimare il valore di ciascun anno di vita;
- 3) Moltiplicare tale risultato per il numero di anni che il paziente avrebbe potuto ulteriormente vivere;
- 4) Infine, applicare a detto prodotto la chance come coefficiente di riduzione.

È necessario, inoltre, sottolineare come anche fra le corti che ricorrono a questo metodo di liquidazione del danno residuo delle divergenze, che, nello specifico, si sostanziano nel terzo passaggio.

Per come emerge chiaramente dalla comparazione tra le varie pronunce, manca unanimità nella scelta del numero di anni per i quali moltiplicare il valore annuo della vita. Infatti, una parte della giurisprudenza assume a riferimento il numero di anni (o di mesi) che il paziente avrebbe potuto ulteriormente vivere per come indicate dal c.t.u. Quindi, per esempio, a fronte della perdita di un paziente che avrebbe avuto una chance del 35% di sopravvivere per i successivi 5 anni e che nel concreto aveva vissuto solo un ulteriore anno, il numero preso a riferimento è la differenza fra il tempo di sopravvivenza massimo individuate dal c.t.u. e il tempo effettivamente vissuto (4 anni). Altra parte della giurisprudenza invece individua il numero di anni di maggior sopravvivenza perduti del paziente attraverso il ricorso alle statistiche dell'età media offerte dall'ISTAT. Quindi, sempre a titolo esemplificativo, nell'ipotesi in cui a subire il danno da perdita di chance di sopravvivenza sia stato un soggetto cinquantenne, il numero di anni che questi avrebbe potuto ulteriormente vivere viene calcolato attraverso la differenza l'età che sulla dei dati Istat avrebbe potuto raggiungere e l'età a cui effettivamente si è verificato *l'exitus*.

Alla base dell'esistenza di queste due varianti vi è una diversa interpretazione da parte dei giudici delle stime offerte dai c.t.u. Infatti, alcuni tribunali leggono l'indicazione delle chances che il paziente aveva di sopravvivenza per il successivo decennio (talvolta anche con riferimento al quinquennio) quale espressione di chances di piena remissione dalla patologia.

Tuttavia, fra i due approcci il secondo è indubbiamente il meno convincente. Innanzitutto, perché di fatto non corrisponde ad un ristoro per le possibilità perdute dal paziente di sopravvivere per tutto il periodo di tempo ipotizzabile in relazione alla patologia, trattandosi più che altro di un risarcimento per la perdita di chance di conseguire un'aspettativa di vita media. Chances, che per quanto auspicabile, appare non sempre realistica per i pazienti affetti da neoplasie o patologie analoghe.

Inoltre, a voler intendere le chances calcolate in decenni come chances di piena

remissione, il danno che la loro perdita integra è quello di chance di guarigione<sup>137</sup>.

### **Tribunale Arezzo. Sent. 19/10/2015 n.1143**

La sentenza in esame inerisce alla richiesta di risarcimento del danno da perdita di chance subito iure hereditario, dai congiunti in conseguente dell'inadempimento medico dei sanitari che ebbero in cura il loro congiunto.

Esponevano che la vittima nell'anno 2005 si accorgeva di avere un nevo congiuntivale all'occhio sinistro e che in data 6/11/2007 si recava presso un centro specializzato per eseguire una biopsia.

Negli anni seguenti veniva seguito dai sanitari del medesimo, dove veniva ricoverato il 5/6/2010, con diagnosi in entrata di Neoformazione pigmentata OS congiuntivale e nel 21/6/2010 gli veniva diagnosticato un melanoma della congiuntiva dell'occhio sinistro. Nonostante le cure, anche chirurgiche, il 29/2/2012 le sue analisi evidenziavano una strumentale metastasi e il 7/7/2012 decedeva.

Gli attori imputavano ai sanitari un grave errore diagnostico che avrebbe ritardato di almeno tre anni l'esecuzione delle terapie e delle operazioni utili per sconfiggere la malattia.

Dall'analisi dei CTU si evidenziava come alla luce dei risultati della biopsia condotta in data 6/11/2007, si sarebbe dovuto procedere ad una escissione completa con crioterapia ovvero con biopsia incisionale. Quindi, si affermava che il fatto che i sanitari optassero per questa seconda opzione, non la migliore, ma neanche errata non comportasse alcun tipo di negligenza.

Veniva invece criticata dai periti la successiva condotta.

Infatti, anziché sottoporre il paziente a dei controlli periodici i sanitari avrebbero dovuto optare per una escissione completa della lesione, stanti i gravi rischi sottesi ad un ritardato approccio terapeutico escissionale. Peraltro, non era possibile affermare con certezza che una biopsia escissionale sarebbe stata risolutiva nell'impedire l'evoluzione verso un melanoma della lesione, ma certamente avrebbe marcatamente aumentato le probabilità di eradicare la lesione. In termini di sopravvivenza da melanoma della congiuntiva i dati della letteratura indicano un decesso da melanoma della congiuntiva nel 7% dei pazienti a 5 anni e nel 13% a 8 anni e del 30/40% a 10 anni.

Questo implica che il paziente aveva la possibilità di rientrare in quel 93% dei casi (100%-7% di mortalità), sopravvive a 5 anni e, quindi, una possibilità del 93% di vivere (dal momento dell'errore nel novembre 2007) sino al novembre 2012 anziché morire nel luglio 2012 (4 mesi in più). Inoltre, aveva la possibilità di rientrare in quell'87% dei casi (100%-13% di mortalità) che, secondo statistiche di centri specializzati in oncologia oculistica, sopravvive a 8 anni e, quindi, una possibilità dell'87% di vivere (dal momento dell'errore nel novembre 2007) sino al novembre 2015 anziché morire nel luglio 2012

---

<sup>137</sup> È stato questo il caso del *Tribunale Belluno. Sentenza 31/05/2018 n.268*, il cui giudice, avendo deciso di intendere la perdita della possibilità di sopravvivere per i successivi 10 anni come perdita di chance di piena remissione, ha trattato la fattispecie come perdita di chance di guarigione.

(40 mesi in più); Infine, aveva la possibilità di rientrare in quel 70-60% dei casi (100%-30/40% di mortalità) che, secondo statistiche di centri invece non specializzati in oncologia oculistica, sopravvive a 10 anni e, quindi, una possibilità del 70/60% di vivere (dal momento dell'errore nel novembre 2007) sino al novembre 2017 anziché morire nel luglio 2012 (64 mesi in più).

Per la liquidazione concreta, il giudice riteneva di dover calcolare il valore complessivo (100%), del benessere psico-psichico di un uomo di 37 anni (tale l'età del paziente nel 2007 quando si ebbe l'omissione colpevole) che è stimato dalle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano per il risarcimento del danno alla salute in € 988.004,00 (somma che viene data a ristoro, per equivalente, di un danno alla salute del 100%).

Secondo i dati diffusi dall'ISTAT., un uomo italiano di 37 anni aveva nel 2007 una prospettiva statistica di vita di altri 42 anni circa: la somma suddetta di € 988.004,00, quindi, costituisce il valore tabellarmente dato al totale delle capacità psico-fisiche (la pienezza del bene salute) di un uomo che nel 2007 aveva 37 anni con davanti a sé una previsione statistica di vivere per altrettanti 42 anni.

Un singolo anno di vita di tale valore dovrebbe allora stimarsi in €  $(988.004,00 : 42 =) 23.523,90$ .

Venivano ripresi allora i dati forniti dai periti: per il punto A) un periodo di 4 mesi di vita in più equivale a €  $(23.523,90 : 12 \times 4 =) 7.841,30$ ; per il punto B) un periodo di 40 mesi di vita in più equivale a €  $(23.523,90 : 12 \times 40 =) 78.413,00$ ; e per il punto C) un periodo di 64 mesi di vita in più equivale a €  $(23.523,90 : 12 \times 64 =) 125.460,80$ .

Procedendo poi alla riduzione di queste somme in base al coefficiente di riduzione, si otteneva nel caso del 93% di possibilità può essere valutato in €  $(7.841,30 \times 93\% =) 7.292,40$ ; nel caso del 87% di possibilità può essere valutato in €  $(78.413,00 \times 87\% =) 68.219,31$  e, nel caso del 35% (media fra 30% e 40%) di possibilità può essere valutato in €  $(125.460,80 \times 35\% =) 43.911,28$ . In definitiva, la mera possibilità di sopravvivere sino al novembre 2012 va valutata in € 7.292,40, quella di sopravvivere sino al novembre 2015 in € 68.219,31 e quella di sopravvivere sino al novembre 2017 in € 43.911,28.

Al termine di queste valutazioni, il giudice, compiendo una sintesi dei valori, liquida il danno ad euro 50.000.

### ***Tribunale Latina, Sent.16/01/2016***

A partire dalla sentenza del 16/10/2016, il tribunale di Latina ha accolto la richiesta di risarcimento avanzata dagli attori, in qualità di eredi, per i danni subiti dal proprio congiunto a causa di un grave errore diagnostico.

In data 31/01/2005, il paziente essendosi recato al pronto soccorso per via di una forte e tosse persistente, veniva sottoposto a radiografia toracica, dal cui esito un primo medico traeva un "diffuso ispessimento delle pareti bronchiali, espressione di alterazioni aspecifiche di tipo bronchitico e peribronchitico, non lesioni parenchimali a focolaio in atto. Seni costo-frenici normo espansi, liberi da versamenti. Immagine cardiaca nei limiti della norma.". In data 3/04/2006, l'uomo si sottoponeva nuovamente ad una radiografia toracica dalla quale emergeva la presenza di una grossolana opacità di 4,5 cm. All'esito dei controlli oncologici, al paziente veniva diagnosticata una



neoplasia polmonare e veniva prescritta un ciclo di chemioterapia.

In data 1/09/2006, il paziente veniva poi sottoposto a un intervento chirurgico di pneumonectomia, a seguito del quale, apparentemente non riportava ulteriori metastasi.

In data 2/07/2007, tuttavia, a causa di concomitanti patologie vascolari, si sottoponeva a un intervento di riparazione dell'arco aortico e, durante il ricovero post-operatorio, i sanitari rilevavano la comparsa di numerose metastasi a livello epatico, che avevano invaso il sistema vascolare e prodotto trombi idonei ad ostruirlo.

Il 13/07/2007 il paziente decedeva a seguito delle complicanze tumorali.

Le attrici agivano quindi in giudizio contestando la negligenza e l'imperizia con cui erano stati eseguiti i controlli in occasione del primo ricovero del paziente, avvenuto nel 2005: secondo la prospettazione delle ricorrenti, infatti, in quella data la lesione neoplastica individuata nell'aprile del 2006 sarebbe stata già visibile. L'errata e insufficiente attività diagnostica svolta in quell'occasione dai medici del pronto soccorso veniva quindi delineata da parte ricorrente come la causa della perdita delle chance che il loro congiunto aveva di vivere più a lungo.

Dall'analisi compiuta dal CTU, in particolare in relazione ai referti ospedalieri, confermava i sospetti di parte attrice. Il consulente tecnico affermava che le immagini dell'accertamento radiografico risalente al 31/01/2005, per quanto non chiaramente indicative della lesione espansiva etero formativa polmonare, avrebbero indubbiamente dovuto indurre i sanitari a disporre ulteriori accertamenti e dei controlli sistematici.

Il contegno nel concreto tenuto risultava quindi imprudente e non in linea con gli standard di diligenza imposti per le prestazioni mediche. Tuttavia, non poteva essere considerato neanche causa dell'exitus del paziente. Infatti, dopo un'accurata analisi della patologia aneurismatica da cui il paziente era affetto, il CTU concludeva che indubbiamente il decesso a cui il paziente era andato incontro, rappresentava semplicemente il risultato di una complicanza insorta per il paziente nel post-operatorio. A ciò doveva aggiungersi il fatto che l'ultimo intervento a cui il paziente era stato sottoposto ineriva ad una patologia diversa da quella aneurismatica.

La conseguenza immediata e diretta che poteva essere invece imputata al ritardo diagnostico e quindi all'inadempimento medico era quella di aver indebolito il sistema immunitario del paziente al punto tale da compromettere notevolmente le sue chance di sopravvivenza. Infatti, veniva affermato che a prescindere dall'esecuzione dell'intervento rivelatosi fatale l'aspettativa di vita del paziente era comunque stata drasticamente ridotta dal ritardo diagnostico.

Tale riduzione corrispondeva alla perdita di un 37% di possibilità di sopravvivenza: le possibilità per i pazienti di sopravvivere per un lasso di tempo pari a 5 anni, quando la malattia è al primo stadio è pari al 61%, quando la malattia passa allo stadio secondo scende al 24.

Il CTU ha riconosciuto che, al momento in cui in ritardo diagnostico era stato posto in essere, il tumore non diagnosticato era al primo stadio; nel 2006, invece, quando è stato concretamente individuato era già progredito al secondo.

Pertanto, ritenendo integrato il nesso di causalità, il giudice condannava i convenuti al risarcimento dei danni patiti dal congiunto per la perdita della chance di vivere più a lungo.

Il pregiudizio veniva calcolato a) determinando la somma che sarebbe spettata alla vittima nel caso di invalidità permanente pari al 100%; b) dividendo tale somma per il numero di anni della vittima; c) moltiplicando il risultato per cinque, ovvero al numero degli anni cui viene di norma proiettata la possibilità di sopravvivenza; d) calcolando sull'importo così ottenuto la percentuale di possibilità di guarigione perduta.

Nel caso di specie il valore risarcitorio dell'invalidità totale che sarebbe spettata all'attore (56 anni all'epoca dei fatti) era pari ad euro 873.540,00; dividendo detto importo per il numero degli anni della vittima, si otteneva la cifra di euro 15.598,92, la quale, moltiplicata per il numero di cinque anni (proiezione della possibilità di sopravvivenza), dà l'importo di euro 77.994,60. Su detta somma va calcolata la percentuale del 37% di possibilità di sopravvivenza perduta. Ne discende che l'importo liquidato iure successionis alle attrici, ai sensi dell'art. 1226 c.c., a titolo di ristoro per la diminuzione delle possibilità di sopravvivenza del proprio congiunto entro il quinquennio, era pari ad euro 28.858,00 attuali.

#### ***Tribunale Arezzo 08/08/2017 n.943***

La controversia decisa dal tribunale di Arezzo con sentenza numero 943 del 2017 ineriva a una domanda giudiziale volta ad ottenere preliminarmente l'accertamento della responsabilità dell'ente convenuto per l'esercizio imperito e negligente da parte del personale sanitario degli adempimenti chirurgici e trattamentali nei confronti di un paziente, e conseguentemente il risarcimento del danno a favore di parte attrice per i pregiudizi subiti dalla propria congiunta.

Veniva esposto che l'uomo veniva ricoverato il 26/1/2010 nel reparto dell'Unità Operativa di Chirurgia Generale per essere sottoposto a intervento chirurgico programmato dopo l'individuazione di una neoplasia intestinale e che tale intervento fu eseguito il 27/1/2010.

Emergeva poi, per come confermato anche dal C.T.U. che i sanitari (chirurghi e oncologi) dell'Ospedale erano incorsi in una responsabilità professionale di tipo omissivo poiché non ponevano sufficiente attenzione al referto dell'esame istologico, omettendo conseguentemente di replicare tempestivamente l'intervento chirurgico prima di dimettere il paziente senza ulteriori indicazioni terapeutiche. Il comportamento dei chirurghi era inoltre gravato dall'omessa esecuzione dell'esame istologico estemporaneo nel corso dell'intervento effettuato il 27/1/2010. Questo comportamento omissivo dei sanitari era da ritenere in evidente contrasto che le "linee guida" e le buone prassi accreditate dalla comunità scientifica nell'ambito chirurgico-oncologico.

Precisava il CTU che la responsabilità omissiva evidenziata da parte attrice aveva inciso in maniera significativa sulle condizioni di vita del paziente, determinando una lunga malattia oncologica che, senza alcuna soluzione di continuità, si concludeva con il suo decesso, dopo oltre tre anni dal trattamento chirurgico iniziale. Durante questo periodo

il paziente aveva subito un progressivo peggioramento delle sue condizioni generali con evidente deterioramento della sua qualità di vita, con contestuale riduzione della sua autonomia personale, perdendola del tutto negli ultimi dieci mesi di vita. Inoltre, in occasione del trattamento adiuvante, iniziato nell'agosto 2010, dopo la constatazione della recidiva neoplasica, fino al 4/9/2013, giorno del decesso, si era concretizzato un lungo periodo di inabilità temporanea quantificabile in complessivi 1128 giorni da ripartire in 300 giorni di inabilità temporanea assoluta, 300 giorni di parziale al 75% della totale e il rimanente periodo di 528 giorni di parziale al 50% della totale. Era possibile affermare, secondo la consueta prassi civilistica del più probabile che non, che il comportamento omissivo dei sanitari dell'azienda convenuta in causa aveva determinato una rilevante perdita delle chance di sopravvivenza del paziente deceduto, in costanza di malattia, a tre anni e mezzo di distanza dall'intervento chirurgico di emicolectomia concluso con il riconoscimento di uno stadio della malattia neoplasica ancora abbastanza iniziale, stadio correlato, secondo le statistiche correnti, ad una prospettiva di sopravvivenza a cinque anni dal trattamento superiore all'80%. Da tali conclusioni conseguiva che, nella fattispecie, ovvero quella di una malattia neoplasica di per sé estremamente insidiosa e pericolosa, non vi era possibilità scientifica di affermare, pur secondo il criterio del più probabile che non, che l'adozione di una diversa condotta da parte dei medici avrebbe scongiurato la morte e i danni concretamente sofferti.

Nel caso in esame, quindi, veniva riconosciuta la sussistenza di nesso di causalità materiale tra la condotta omissiva dei sanitari, caratterizzata da colpa non lieve, e la possibilità, più probabile che non, di permanenza in vita per un periodo più lungo (e in condizioni migliori). Nell'andare a liquidare il danno, il giudice osservava che, il tempo che il paziente visse dal 27/1/2010 al decesso era pari a 3 anni e 7 mesi circa, a fronte di una possibilità dell'80% di sopravvivenza di cinque anni.

Valutato quindi valore complessivo (100%) del benessere psico-fisico di un uomo di 73 anni (tale l'età del paziente nel 2010 quando si ebbe l'omissione colpevole) per come stimato dalle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano in € 766.805,00, tale importo veniva diviso per 12 ovvero gli anni che, secondo i dati diffusi dall'Istat relativi all'aspettativa di vita media, avrebbe potuto ancora vivere. Così facendo veniva quantificato il valore di ogni singolo anno di vita in euro ( $766.805,00:12=$ ) 63.900,00 circa, pari a un valore mensile di € 5.325,00.

Poiché, nella fattispecie, la sopravvivenza del paziente era stata di 3 anni e sette mesi, a fronte di una probabilità dell'80% di sopravvivenza a cinque anni, appariva allora equo liquidare il danno in questione nella misura di € 72.420,00 (80% dell'importo di € 90.525,00, calcolato moltiplicando il valore mensile di € 5.325,00 per i 17 mesi di mancata sopravvivenza).

Inoltre, dal momento la condotta colposa dei medici dell'Ospedale San Donato di Arezzo ha altresì privato il Ru. della possibilità di godere, nel periodo di sopravvivenza, di condizioni di vita qualitativamente migliori, pareva altresì equo sommare all'importo sopra determinato, a titolo di risarcimento del danno da perdita della chance di sopravvivere (non solo più a lungo, ma anche) in condizioni di vita meno degradate,

un ulteriore importo - anch'esso da riconoscere nella misura dell'80%, in ragione delle concrete possibilità di conseguire il risultato utile di una migliore qualità di vita nel periodo di sopravvivenza - correlato all'inabilità temporanea determinata dal CTU, nella misura di 1128 giorni da ripartire in 300 giorni di inabilità temporanea assoluta, 300 giorni di parziale al 75% della totale e il rimanente periodo di 528 giorni di parziale al 50% della totale: si avrà quindi una somma di € 60.595,00 (80% di 75.744,00, ovvero: €  $300 \times € 96 + 300 \times € 72 + 528 \times € 48$ ).

L'importo complessivamente spettante all'attrice iure hereditario era, pertanto, pari a complessivi € 133.015,00.

### ***Tribunale Latina. Sent. 20/03/2018 n. 748***

Agendo in qualità di eredi, gli attori convenivano in giudizio l'Azienda Ospedaliera che aveva prestato un negligente assistenza alla propria congiunta causandone la perdita delle chance di guarigione. Esponevano che a causa di una tosse persistente, la de cuius decideva di sottoporsi ad esame radiografico al torace, che veniva eseguito il 15/5/2007 con il responso di "*non lesioni pleuroparanchimali in atto - ombra cardiaca limiti*". Decorsi alcuni anni, ripresentandosi con maggiore insistenza episodi di tosse stizzosa resistente ai farmaci, in data 28.2.2011 effettuava un esame radiografico presso un diverso ospedale e le veniva emesso un referto che confermava la presenza in sede basale dx di formazione radiopaca di aspetto tondeggiante di circa 2 cm di diametro, di densità omogenea a limiti netti.

Detta formazione sarebbe stata presente in precedente rx esterno già a partire dal 2007. L'attrice veniva immediatamente invitata ad eseguire indagini più approfondite e, pertanto, l'11/4/2011 si sottoponeva a Pet TC dalla quale emergevano "formazioni nodulari segmento apicale e segmento anterobasale, LID, tessuto in sede ilare dx, linfadenopatia sottocarenale localizzazioni di malattia ad elevato metabolismo nelle sedi sopra menzionate. Tale formazione determinava fenomeni reattivi a carico della pleura parietale, entrando, inoltre, in stretto rapporto con un bronco segmentale, senza, tuttavia, mostrare apparenti fenomeni infiltrativi.

La paziente veniva, quindi, urgentemente ricoverata presso la clinica chirurgica Toracica dove il 28/4/2011 veniva sottoposta a bronco lavaggio preceduto da biopsia guidata polmone destro, da cui emergeva la presenza di un carcinoma bronchiolo alveolare di tipo misto mucosecerno e mucosecerno sec. In sintesi, la donna risultava affetta da una neoplasia infiltra focalmente nella pleura viscerale, con metastasi encefaliche e dell'asse occipitale sinistro.

La donna si sottoponeva diversi cicli di chemioterapia con effetti collaterali gravi e invalidanti quali follicolite diffusa, reflusso gastroesofageo, congiuntivite, astenia severa, sindrome mano – piede.

A seguito di una revisione della lastra dell'esame rx torace eseguita il 15..2007 effettuata dallo specialista radiologo e dagli stessi medici che l'avevano in cura, veniva confermata alla paziente la presenza della forma tumorale già a quella data, seppur di dimensioni minori; e che, pertanto, il sanitario che aveva eseguito l'esame radiografico nel 2007 era incorso in errore nella refertazione delle immagini che, invece, avrebbero

dovuto indurlo, anche in dubbio di identificazione, ad invitare la paziente ad eseguire approfondimenti specifici (quali appunto la broncoscopia, la ... la biopsia). La donna dunque agiva in giudizio, ma essendo venuta a mancare in data 16/04/2015, si costituivano in prosecuzione gli eredi.

E che, in conseguenza dell'errore compiuto dai medici che diedero la prima lettura al risultato dell'analisi, si era verificato un ritardo diagnostico di quattro anni. Detto ritardo aveva comportato l'evoluzione della patologia al IV stadio, talmente avanzato da costringere la paziente a sottoporsi a chemioterapia di II livello data l'evidente resistenza del carcinoma a cure meno invasive.

L'errore diagnostico aveva, quindi, condizionato la prognosi tanto in ordine alla possibilità di sopravvivenza, quanto alla qualità di vita. Rilevava inoltre che la corretta diagnosi di carcinoma alla data del primo referto avrebbe limitato e contenuto le gravissime sofferenze fisiche e psichiche (dovute all'incertezza della vita residua) patite dalla donna e soprattutto avrebbe contenuto gli effetti collaterali legati alla chemioterapia.

Lamenta parte attrice che il ritardo della diagnosi - correttamente effettuata solo il 28/2/2011, allorquando la F., a causa dell'insorgenza di nuovi episodi di tosse, si era sottoposta ad accertamento radiografico presso l'Ospedale Civile di Latina - ha ridotto significativamente le possibilità di sopravvivenza e la stessa qualità della vita, posto che un corretto accertamento in occasione della prima radiografia avrebbe limitato e contenuto le gravissime sofferenze fisiche e psichiche dovute all'incertezza sulla vita residua, nonché gli effetti collaterali della chemioterapia, i disagi conseguenti alla necessità di sottoporsi ad esami anche molto dolorosi, e l'impossibilità di condurre una vita normale; che, in particolare, la precocità e la correttezza della diagnosi avrebbe aumentato le possibilità di sopravvivenza a cinque anni dall'1% al 67% o, comunque, al 57% e le terapie sarebbero state di gran lunga meno invalidanti di quelle a cui la *de cuius* ha dovuto sottoporsi; che in conseguenza della condotta omissiva imputabile all'Ospedale di Priverno alla F. è residua un'invalidità pari al 90%; che gli stessi congiunti hanno subito un pregiudizio psicologico e fisico in conseguenza dell'assenza della familiare determinata dalla sua sottoposizione a terapie ed esami di controllo.

All'esito di una rilettura delle immagini il consulente tecnico d'ufficio confermava quanto riportato dai medici alla paziente: la presenza di una sfumata ipodiafania che emergeva dal referto, ancorché priva di nodularità nummulare patologica, era meritevole di approfondimento diagnostico nell'immediato o, quanto meno, di controllo a breve distanza, anche mediante l'ingrandimento diretto e il completamento con proiezioni latero - laterale e oblique.

L'ausiliare chiariva quindi che il tumore polmonare fosse visibile e diagnosticabile già attraverso l'esame radiologica del 15/5/2007 e che, in conseguenza dell'errore compiuto dai medici che diedero la prima lettura al risultato dell'analisi, si era verificato un ritardo diagnostico di quattro anni. Detto ritardo aveva comportato l'evoluzione della patologia al IV stadio, talmente avanzato da costringere la paziente a sottoporsi a chemioterapia di II livello data l'evidente resistenza del carcinoma a cure meno invasive.

L'errore diagnostico aveva, quindi, condizionato la prognosi tanto in ordine alla possibilità di sopravvivenza, quanto alla qualità di vita. Rilevava inoltre che la corretta diagnosi di carcinoma alla data del primo referto avrebbe limitato le gravissime sofferenze fisiche e psichiche (dovute all'incertezza della vita residua) patite dalla donna e soprattutto avrebbe contenuto gli effetti collaterali legati alla chemioterapia. Secondo l'ipotesi ritenuta probabile dal c.t.u., infatti, il tumore, che al momento del secondo accertamento diagnostico effettuato nel 2011 era ad uno stadio IV (T4 N0-3 M1), nel 2007 doveva ritenersi ad uno stadio II A (T1N1M0). Questo significava che, ove la neoplasia fosse stata scoperta nel 2007, le *chances* di sopravvivenza a cinque anni sarebbero state per la F. pari al 33%.

Il danno, riconosciuto come sussistente, veniva quantificato attraverso una serie di passaggi: a) determinando la somma che sarebbe spettata alla vittima nel caso di invalidità permanente pari al 100%; b) dividendo tale somma per il numero di anni della vittima; c) moltiplicando il risultato per il numero degli anni cui viene di norma proiettata la possibilità di sopravvivenza; d) calcolando sull'importo così ottenuto la percentuale di possibilità di guarigione perduta.

Nel caso di specie il valore risarcitorio dell'invalidità totale che sarebbe spettata alla paziente. (43 anni all'epoca dei fatti), secondo l'aggiornamento corrente delle Tabelle di Milano, era pari ad euro 963.291,00; dividendo detto importo per il numero degli anni della vittima, si otteneva un valore di euro 22.402,11, il quale, moltiplicato per il numero di 42 anni (proiezione della possibilità di sopravvivenza alla stregua dei dati sulla mortalità femminili rilevati dall'Istat), dà l'importo di euro 940.888,62. Su detta somma va calcolata la percentuale del 33% di possibilità di sopravvivenza perduta. Ne discende che l'importo da liquidarsi *iure successionis* agli attori, ai sensi dell'art.1226 c.c., a titolo di ristoro per la diminuzione delle possibilità di sopravvivenza della propria familiare è pari ad euro 310.493,00

#### ***Tribunale Ferrara. Sent. 18/06/2018 n.476***

Con pronuncia 476 del 2018, il tribunale di Ferrara ha accertato la responsabilità dell'Azienda Ospedaliera convenuta nella causazione del danno da perdita di chance di sopravvivenza subito dal padre dell'attrice.

Veniva esposto dall'erede che il proprio congiunto, in data 13/03/2012 si sottoponeva ad una visita proctologica a causa di episodi di rettorragia persistenti da mesi e che in tale occasione veniva formulata una diagnosi di malattia emorroidaria con immediata indicazione di trattamento chirurgico. Sottopostovi, il paziente continuava tuttavia a presentare sanguinamento rettale.

Dopo nuovo ricovero il 02/05/2012, veniva sottoposto ad intervento chirurgico e riscontrata la presenza di due piccole sedi di sanguinamento nel canale anale, considerate la fonte del profuso sanguinamento e trattate mediante punti di sutura.

Il c.t.u. rileva che "il paziente veniva dimesso in data 16/05/2012 e, anche in questa occasione, non veniva presa in considerazione l'opportunità di uno studio del colon né durante la prolungata degenza né dopo la dimissione".

Dopo soli tre giorni, precisamente il giorno 19/05/2012, il Paziente ritornava al Pronto

Soccorso del medesimo nosocomio per persistenza della rettorragia con severa anemizzazione e, dopo un nuovo ricovero di quattro giorni e ulteriori emotrasfusioni, veniva dimesso, ancora senza la prescrizione di alcun approfondimento diagnostico.

Dopo alcune visite di controllo, rassicuranti nonostante la persistenza dei sintomi, il Sig. B. si presentava nuovamente presso lo stesso Pronto Soccorso in data 11/01/2013 con un quadro di sanguinamento analogo ai precedenti, questa volta aggravato dallo scadimento delle condizioni generali. Durante il ricovero, durato 10 giorni, il paziente veniva ancora trasfuso e poi dimesso in data 22/01/2013, con la sola prescrizione di rivalutazione chirurgica in caso di ulteriore persistenza della sintomatologia.

In data 08/02/2013 il paziente consultava un nuovo specialista che, per la prima volta (dopo circa 11 mesi dalla prima valutazione), prescriveva l'esecuzione di una indagine diagnostica. Così, dopo un nuovo accesso al Pronto Soccorso per sepsi da enterococco e anemia da sanguinamento rettale, in data 13/02/2013 il paziente eseguiva una rettosigmoidoscopia che permetteva la diagnosi di neoplasia del giunto retto-sigma. Dopo essere stato sottoposto in data 18/02/2013, ad intervento chirurgico "laparoscopico di resezione anteriore di retto con ileostomia di protezione", l'esame istologico del pezzo operatorio evidenziava uno stadio avanzato della neoplasia (pT4aN2M0: Stadio III C).

Il paziente veniva tra aprile e maggio 2013 sottoposto ad accertamenti e ad intervento chirurgico di laparoscopia esplorativa ed era dimesso in data 26/05/2013; dopo nuovo ricovero il 25/09/2013 per enterorragia stomale fino al 04/06/2013, data in cui veniva trasferito presso l'Hospice di Codigoro, struttura presso cui si verificava l'exitus in data 16/06/2013.

Il CTU rilevava che già nel marzo 2012, al momento della prima visita del paziente, sarebbe stato possibile per i sanitari rilevare la patologia. Il ritardo diagnostico era quindi esclusivo frutto della negligenza dei medici curanti, i quali, nonostante la costanza della sintomatologia dolorosa e l'aggravamento delle condizioni di salute del paziente, non avevano mai disposto degli accertamenti più incisivi.

Chiariva, inoltre, il CTU che il corretto inquadramento diagnostico, se fosse stato eseguito mesi prima, avrebbe consentito di trattare la malattia in uno stadio più precoce (probabilmente senza metastasi linfonodali) e in un paziente in condizioni meno compromesse.

Il c.t.u. - considerate le condizioni generali del paziente, inclusa l'età di 75 anni e il fatto che presentava una cirrosi concludeva che il ritardo diagnostico addebitabile al personale medico dell'Ospedale aveva determinato una perdita di *chances* di sopravvivenza per ulteriori 4 anni intorno al 40%:

Per quantificare il danno, il giudice procedeva innanzitutto nel valutare il valore risarcitorio dell'invalidità totale che sarebbe spettato al paziente (che sulla base delle Tabelle di Milano correnti ammontava a 765.097,00 euro); divideva successivamente detto importo per il numero totale degli anni della vittima (ottenendo un importo di 9.897 euro) ed infine, moltiplicava per il numero di 4 anni. Su detta somma veniva in ultimo calcolata la percentuale del 40% di possibilità di sopravvivenza perduta. L'importo da liquidarsi *iure successionis* all'attrice a titolo di ristoro per la diminuzione

delle possibilità di sopravvivenza del padre era pari ad euro 15.836,00.

***Tribunale Udine 16/08/2018 n.1034***

I fatti oggetto di accertamento della sentenza in esame ineriscono ad un lasso di tempo intercorrente fra il 28/08/2008 e 8/09/2008, ovverosia al periodo in cui il congiunto di parte attrice era stato ricoverato presso l'ente convenuto.

Veniva permesso che il paziente era affetto da linfoma mantellare ed era già stato sottoposto a un sesto ciclo chemioterapico, al termine del quale decideva di aderire ha un protocollo relativo a una terapia sperimentale. Tuttavia, veniva esposto che la sottoscrizione era avvenuta senza che il paziente avessi avuto la possibilità di leggere il foglio informativo e di averne una copia, ed inoltre di conoscere i rischi conseguenti alla sperimentazione.

Sottopostosi a detta terapia, iniziava a manifestare un aggravamento dei sintomi e, ciò nonostante, i medici decidevano di non sospenderne l'erogazione. gli eredi agivano quindi in giudizio per ottenere risarcimento del danno da perdita di chance di sopravvivenza che il congiunto aveva subito a causa dell'adesione a un trattamento sperimentale dei cui rischi non aveva piena contezza.

Il CTU osservava che uomo, all'epoca dei fatti cinquantaquattrenne, ricoverato in seguito all'insorgenza dell'attesa fase di pancitopenia, si trovava in uno stato di salute tale da rendere inevitabile l'evento morte. Tuttavia, constatava anche che alla luce del repentino aggravarsi dei sintomi, i sanitari avrebbero dovuto prontamente modificare il trattamento, passando alla somministrazione del farmaco voriconazolo.

Tale inerzia era stata quindi causa di una riduzione per il paziente delle chance di una più lunga sopravvivenza, diminuite di circa il 20%. Quanto, infine, alla più probabile aspettativa di vita il CTU indicava una chance di sopravvivenza complessiva massima a 5 anni di circa il 27% dei pazienti affetti dalla patologia di cui il *de cuius* soffriva.

Ritenendo sussistente quindi il danno da perdita di chance, il giudice procedeva alla sua quantificazione partendo dai parametri di riferimento offerti dalle tabelle milanesi. Constatava che il danno biologico permanente del 100% risarcibile in un soggetto dell'età di 54 anni era pari a euro 890.129. Tale importo veniva diviso per il numero di anni che, in base all'aspettativa di vita media, il *de cuius* avrebbe potuto potenzialmente ancora vivere, ovverosia 23 anni.

Il risultato, 38.701 €, veniva poi moltiplicato per il numero di anni che avrebbero potuto costituire la più probabile aspettativa di vita residua del paziente (2 anni), essendo l'aspettativa massima dei soggetti affetti da questo tipo di patologia di 5 anni. Infine, all'importo così ottenuto pari a 77.402 € veniva applicata la percentuale del 20% che era stata indicata dal CTU quale misura delle possibilità perdute.

Il danno era quindi quantificato in euro 15.480.

***Tribunale Bergamo. Sent. 2/04/2019 n.733***

Con pronuncia 733 del 2019 il Tribunale di Bergamo condannava l'ente convenuto al risarcimento dei danni subiti dagli attori iure hereditatis a seguito dell'errore diagnostico in cui erano incorsi l'1/7/2009, i sanitari che ebbero in cura la loro



congiunta. Infatti, gli attori censuravano il contegno diagnostico tenuto dai medici nella refertazione dell'ecografia a cui la paziente era stata sottoposta, essendo fin da subito individuabile una massa solida che avrebbe dovuto quantomeno imporre ulteriori accertamenti e che invece era stata catalogata come massa benigna.

Nel merito, le domande di parte attrice venivano ritenute fondate e venivano accolte anche in base alla CTU.

Alla luce di quanto era emerso dalla revisione delle indagini di diagnostica per immagini compiuta dal CTU si ritenevano meritevoli di critica la refertazione e l'interpretazione del reperto patologico riscontrato all'ecografia del 1/07/2009, in quanto il nodulo menzionato "non presentava unicamente caratteristiche cistiche, quindi benigne, bensì le microaree cistiche erano inserite in un contesto iperecogena, descritto dallo stesso medico refertante come disomogeneo e quindi molto sospetto per essere solido."

Inoltre, il perito sottolineava come nei carcinomi non fosse affatto un reperto infrequente la presenza di similcisti necrotico-emorragiche. Non appariva, peraltro, supportata o suggerita da dati anamnestici o radiologici la diagnosi di "verosimile displasia microcistica".

Alla luce di quanto espresso si riteneva che il reperto documentato all'ecografia del 1/07/2009, in considerazione delle proprie caratteristiche radiologiche ed in particolare della ipoecogenicità dello stesso, avrebbe dovuto destare nei sanitari il sospetto che si potesse trattare, in via di elevata probabilità, di una massa solida. Pertanto, anche in considerazione dell'assenza di chiari indicatori di benignità, tale lesione avrebbe dovuto richiedere l'approccio maggiormente cautelativo che imponeva l'esecuzione di una biopsia ecoguidata, per poterne subito riconoscere l'eventuale natura maligna, o quanto meno una rivalutazione clinica e radiografica prospettabile in un tempo più breve rispetto a quello indicato dal senologo (16 - 20 mesi), quantificabile in un massimo di 6 - 8 mesi"

Il CTU riteneva, peraltro, che qualora fossero stati eseguiti gli interventi maggiormente cautelativi (sia la biopsia ecoguidata del nodulo, sia la rivalutazione clinica e radiografica eseguita a distanza di 6 - 8 mesi), essi avrebbero permesso, in via di elevata probabilità, di identificare con largo anticipo la patologia tumorale sottostante rispetto al luglio 2011. Pertanto, il comportamento non adeguato dei sanitari che effettuarono gli esami di screening nel luglio 2009 doveva essere posto in nesso di causa con un ritardo diagnostico del carcinoma mammario di circa due anni.

Infine, concludeva che in considerazione delle dimensioni del nodulo repertato nel luglio 2009 (1.5 cm), delle sue caratteristiche ecografiche, della sua unifocalità, dell'ampio lasso temporale intercorso fino alla formulazione della diagnosi (circa 2 anni) con assenza di metastasi a distanza e con interessamento dei soli linfonodi ascellari (stadio T3N1M0), si poteva ragionevolmente ritenere, in via di elevata probabilità, che qualora la patologia tumorale fosse stata immediatamente indagata e riconosciuta potesse essere allo stadio T1N0M0".

Il ritardo diagnostico aveva quindi comportato una riduzione delle chance di sopravvivenza della donna a 10 anni del 36%: infatti le possibilità di sopravvivenza per

i pazienti trattati allo stadio iniziale della patologia ammontano all'85%, mentre quelle di sopravvivenza dei pazienti giunti al terzo stadio del tumore si aggirano intorno al 49%.

Ritenuto sussistente il danno da perdita di chance, il giudice liquidava un importo di 78.315,88

A tale stima giungeva, determinando la somma spettante alla vittima nel caso di invalidità permanente al 100%, (in questo caso, euro 957.194,00) e dividendola poi per l'età di 44 anni della vittima, così giungendo all'importo di euro 21.754,41.

In ultimo, decurtava la somma, in ragione della chance ridotta, al 36% e giungendo quindi a liquidare l'importo finale.

### ***Tribunale Lucca, 14/08/2020, n. 733***

Nel caso in esame gli attori, rispettivamente marito e figli della vittima, hanno convenuto in giudizio la Azienda Usl, per sentirla condannare, in via principale, al risarcimento del danno da perdita di chance di sopravvivenza patito dalla propria congiunta.

A fondamento della propria domanda, deducevano che alla paziente, ricoverata presso l'Ospedale Versilia dal 6/10/2010 al 1/12/2010, e sottoposta durante la degenza a numerosi esami clinici era stato diagnosticato "ictus cerebrale ischemico con episodi comiziali", diagnosi ugualmente confermata in data 20/10/2010, a seguito di ulteriore accesso al Pronto Soccorso. Ricoverata in data 5/2/2011 e sottoposta a TC cranio, le era stato diagnosticato "astrocitoma anaplastico" ed era stata poi trasferita al reparto di Neurochirurgia, ove l'avanzato stato della patologia non aveva consentito il trattamento radioterapico. Pertanto, deducevano la responsabilità del personale dell'Ospedale per aver omesso di individuare la massa tumorale, nonostante i numerosi esami clinici, tra i quali tac encefalo senza mezzo di contrasto ed avendo altresì omesso di eseguire esame con il mezzo di contrasto, come consigliato, così impedendo di effettuare un intervento chirurgico e/o terapie radioterapiche, che avrebbero potuto prolungare la vita della paziente.

Sulla base della documentazione versata in atti, della c.t.u. medico-legale esperita, emergeva con riguardo a primo accesso in Pronto Soccorso del 6.10.2020, come potessero essere mosse censura all'operato del personale medico intervenuto, che aveva diagnosticato al defunto ictus ischemico, precisando che la TAC cranio-basale effettuata aveva escluso lesioni cerebrali emorragiche, mentre erano state rilevate aree ipodense, suggestive di esiti ischemici.

Veniva precisato che, nel corso del ricovero della paziente presso il reparto di Nefrologia dal 7 al 13/10/2010, il quadro clinico e la presenza di anomalie dell'attività bioelettrica cerebrale in sede temporale sinistra avrebbe reso opportuna la programmazione di un approfondimento diagnostico, ovvero TAC e/o RM con mezzo di contrasto.

Ulteriormente, nel corso della degenza nel reparto di Neuroriabilitazione dal 13/10/2010 al 1/12/2010, gli esiti dell'esame tac praticato in data 11/11/2010 avevano evidenziato una progressione delle lesioni rispetto a quelle riscontrate nel precedente

esame diagnostico e, pertanto, sarebbe stato doveroso procedere all'esecuzione di un ulteriore approfondimento diagnostico con RM encefalica.

Il perito infine valutava come inadeguata alla condizione clinica della paziente la condotta dei medici del Pronto Soccorso che intervennero in data 20.12.2010, che omisero i necessari accertamenti diagnostici.

È emerso pertanto dall'istruttoria che si era verificato un ritardo di diagnosi e quindi di cura della neoplasia cerebrale dalla quale era affetta la M.C. e che, qualora la diagnosi fosse stata "posta già nel novembre 2010, si sarebbe potuto sottoporre la paziente ad intervento di exeresi parziale della lesione o, in subordine, a biopsia della medesima, con successivo trattamento radio e chemio-terapico".

Tenendo conto dell'età della donna, 78 anni, della comorbilità di diabete mellito ed ipertensione arteriosa e degli esiti degli esami neurologici, il CTU concludeva che la paziente avrebbe avuto chances di sopravvivenza di ulteriori 15 mesi e che "il potenziale di tale perdita di possibilità sulla base di un giudizio prognostico e quindi un calcolo delle probabilità, tenuto conto di circostanze certe, è pari al valore numerico del 50%".

Doveva ritenersi, pertanto, che la condotta omissiva colposa dei sanitari non avesse cagionato la morte della paziente, che si sarebbe comunque verificata, in considerazione della natura della patologia di cui era affetta, bensì che avesse causato una riduzione della durata della sua vita, in quanto una tempestiva diagnosi avrebbe consentito alla medesima una sopravvivenza di ulteriori 15 mesi.

Giungendo alla quantificazione del danno, il giudice valutava che nel caso di specie la paziente aveva vissuto 10 mesi in meno di quanto sarebbe accaduto se fosse stata correttamente diagnosticata la patologia.

Assumeva quindi a riferimento il parametro di invalidità permanente, andando a quantificare dapprima la somma che sarebbe spettata alla vittima nel caso di invalidità permanente pari al 100%. Successivamente divideva tale somma per il numero di anni della vittima e moltiplicando il risultato per il periodo di sopravvivenza ulteriore. In ultimo decurtava l'importo così calcolato del 50%:

Il valore risarcitorio dell'invalidità totale che sarebbe spettata alla donna (78 anni all'epoca dei fatti) era secondo le tabelle del Tribunale di Milano, personalizzato del 25% alla luce del decorso rapidamente ingravescente della patologia e della circostanza che, a causa dell'omessa tempestiva diagnosi, alla paziente non fu consentito di beneficiare di cure radioterapiche, per complessivi € 937.379,00. Tale importo veniva quindi diviso per il numero degli anni della vittima, ottenendo la somma di € 12.017,7, che dovrebbe quindi rappresentare il valore di ogni anno di vita perduto dalla donna. Moltiplicato per il numero di mesi in cui la stessa avrebbe vissuto, si otteneva un valore di € 10.014,75, in ultimo dimezzato a 5.007,37 euro.

### ***Tribunale Firenze. Sent. 27/10/2020 n.2320***

La controversia decisa dal tribunale di Firenze inseriva a una la richiesta di risarcimento dei danni subiti a causa di una ritardata diagnosi di adenocarcinoma della cervice uterina.

Il medico convenuto, infatti, sarebbe in corso nella prospettazione di parte attrice in un grave errore di diagnosi e di omissione dei dovuti ulteriori accertamenti diagnostici, con conseguente aggravamento della patologia neoplastica che veniva diagnosticata alla paziente con un ritardo di oltre due anni.

A seguito dell'espletamento della CTU, il giudice ha ritenuto fondate le censure mosse in relazione alle condotte tenute dal sanitario. L'indagine peritale aveva infatti evidenziato che la sintomatologia riferita dalla paziente avrebbe dovuto suggerire al medico convenuto di effettuare ulteriori approfondimenti diagnostici, i quali avrebbero poi consentito di anticipare la diagnosi di tumore al 2011 anziché al 2013. Tuttavia, secondo il CTU, anche se la diagnosi di cancro alla cervice fosse stata tempestivamente eseguita dal medico convenuto, ciò non avrebbe inciso sulla terapia cui la paziente si è dovuta sottoporre. Infatti, secondo il consulente, nel momento in cui la paziente aveva cominciato ad avvertire i primi sintomi della malattia e gli anomali sanguinamenti era altamente probabile che il tumore si trovasse già in stadio avanzato, e che pertanto non avrebbe potuto essere curato meno invasivamente che con la radio-chemioterapia a cui l'attrice si è dovuta sottoporre prima dell'intervento chirurgico.

Il CTU riteneva quindi che al ritardo di due anni potesse essere imputato semplicemente la perdita di un circa 20% di tasso di sopravvivenza a 10 anni.

Alla luce di dette considerazioni, il giudice riteneva sufficientemente provata la sussistenza del danno da perdita di chance e procedeva alla quantificazione del danno, innanzitutto, tenendo conto che la donna era sopravvissuta per i 9 anni successivi all'insorgere della patologia, e che pertanto la perdita di chance si era sostanziata nel venir meno della possibilità di vivere un anno di vita ulteriore.

Calcolava quindi il valore monetario dell'anno di vita perduto: in primis assumendo il valore indicato dalle tabelle milanesi per l'invalidità permanente al 100%, dividendolo per il numero di anni della paziente ovvero 45. La somma così ottenuta, corrispondente a euro 19.232, rappresentava quindi il corrispettivo per la perdita di un anno di vita. Infine, l'importo così calcolato al 20%, in applicazione del coefficiente di riduzione rappresentato dalla chance. Pertanto, liquidava una somma finale di euro 3.846,54.

## ***5. Considerazioni conclusive***

Prima di svolgere le considerazioni emergenti dall'analisi giurisprudenziale condotta, si presenta di seguito la casistica giurisprudenza di merito individuata e compulsata in questo capitolo, riassunta in forma tabellare a partire dalla pagina che segue.

<b>AUTORITÀ</b>	<b>FATTISPECIE</b>	<b>LIQUIDAZIONE</b>
TRIB. MILANO SENT. 5223/2012	Perdita di chance di sopravvivere un'ulteriore hanno causata dal ritardo con cui i medici erano intervenuti chirurgicamente sul paziente	Valutazione meramente equitativa in euro 65.000
TRIB. LARINO SENT. 4/04/2013	Errore di refertazione della radiografia con conseguente ritardo diagnostico di 5 mesi nell'individuazione della patologia e riduzione delle chance di sopravvivenza a 10 anni dal 75% al 50%	Valutazione meramente equitativa in euro 10.000
TRIBUNALE FIRENZE SENT. 31/04/2014	Mancata prescrizione di un controllo di follow-up con conseguente perdita della possibilità dell'8% di sopravvivere per altri due anni	Valutazione meramente equitativa in euro 30.000
TRIBUNALE TRENTO SENT. 893/2016	Mancata comunicazione dell'esito del pap-test con conseguente ritardo nell'avvio delle cure	Valutazione meramente equitativa in euro 30.000
TRIB. LIVORNO SENT. 822/2016	Il mancato approccio chirurgico di asportazione chirurgica della neoplasia ha cagionato la perdita del 25/30% di ottenere una qualità della vita residua migliore	Valutazione meramente equitativa in euro 35.000
TRIB. AVELLINO SENT. 227/2017	La mancata esecuzione delle indagini strutturali necessarie e l'incongrua azione diagnostica-terapeutica causano la perdita delle chance di sopravvivere per altri 6 mesi	Valutazione meramente equitativa in euro 30.000
APP. PALERMO 1337/2017	Perdita di chance del 10/20% di sopravvivere più a lungo per intempestivo intervento sanitario	Valutazione meramente equitativa in euro 30.000
TRIB. LUCCA SENT. 1693/2018	L'erronea scelta del trattamento chirurgico iniziale e la successiva carenza assistenziale causano la perdita per il paziente di una chance del 30% di sopravvivere per altri 5 anni	Valutazione meramente equitativa in euro 30.000
TRIBUNALE VASTO SENT. 24/07/2020	Errata esecuzione dell'intervento che avrebbe potuto rallentare il decorso infausto della patologia ed assicurare al paziente una chance del 30% di vivere per altri 5 anni	Valutazione meramente equitativa in euro 25.000
TRIBUNALE ROMA 10944/2020	Erronea ed omissiva attività diagnostica che causano la perdita della paziente del 20% di chances di sopravvivere per altri 5 anni	Valutazione meramente equitativa in euro 65.000
TRIB. PALERMO 27/07/2021	L'errore sanitario causa per il paziente la perdita della chance di essere beneficiario di un trapianto e di conseguenza la perdita dell'80% di possibilità di sopravvivere per altri 3 anni e del 45% di sopravvivere per altri 10	Valutazione meramente equitativa in euro 45.000
TRIB. LECCE 2588/2021	Eccessiva superficialità in ordine allo stato della salute della paziente che non veniva sottoposto ai controlli di follow-up e perdeva una chance (non diversamente quantificata) di sopravvivere per altri 10 mesi	Valutazione meramente equitativa in euro 86.000
TRIB. TORINO 4709/2021	Omissione di ulteriori accertamenti rispetto alla natura di un addensamento parenchimale da cui è scaturita una perdita di chance del 20% di	Valutazione meramente equitativa in euro 11.000

AUTORITÀ	FATTISPECIE	LIQUIDAZIONE
TRIBUNALE REGGIO EMILIA SENT. 3/2008	Il fatto omissivo del ritardato trattamento avesse determinato una perdita di chances di sopravvivenza della paziente statisticamente valutabili nel 40% di altri cinque anni e nel 25% circa di altri dieci anni	Viene moltiplicato il valore dell'invalidità temp. X 365. Dopodiché, il giudice stima il risarcimento per il primo quinquennio ( $14.600 \times 5 = 73.000 \times 40\%$ ) 29.200,00 ed il secondo quinquennio con la somma di euro 18.250,00 ( $14.600 \times 5 = 73.000 \times 25\%$ ).
TRIB. AREZZO SENT. 774/2017	A seguito di una grave omissione dei sanitari che non trattavano accuratamente i sintomi del paziente, quest'ultimo perdeva una consistente chance di sopravvivere per altri 7 anni	Viene moltiplicato il valore di invalidità permanente per 7 anni, riducendo poi l'importo di 1/3
TRIB. AVELLINO SENT. 227/2017	Grave inadempienza della struttura ospedaliera nel non aver prontamente contribuito all'ottenimento da parte della paziente di un farmaco che le avrebbe offerto il 50% di chance di sopravvivere per altri 6 mesi	Il giudice assume a riferimento il valore pro die di invalidità temporanea, che triplica (in considerazione del valore superiore della vita e che poi decurta in relazione alla chance = 39.150
TRIB. TRIESTE SENT. 338/2017	Il ritardo diagnostico ha comportato la perdita per la paziente della possibilità di sottoporsi ad un intervento che le avrebbe garantito la possibilità di sopravvivere per due anni	Viene moltiplicato il valore dell'invalidità pro die x 700 = 28.000
TRIB. FIRENZE N.208/2018	Il ritardo diagnostico causa la perdita per il paziente della possibilità del 37% di possibilità di vivere per un periodo per 964 giorni in più rispetto a quelli vissuti	Il giudice calcola il danno sia usando il parametro dell'invalidità permanente sia quello dell'invalidità temporanea, liquidando poi un importo intermedio = 46.442, 41
TRIB. PAOLA N.345/2018	Errore diagnostico concretizzatosi in una non corretta attività di refertazione da cui è dipesa la perdita del 20% di sopravvivere un altro anno.	Il giudice calcola prima l'importo previsto per l'inabilità assoluta, maggiorato del 50%, moltiplicato per 365 giorni ed infine ridotto in ragione della chance = 53.0655
TRIB. PERUGIA 28/02/2020	Perdita del 40% di chance di sopravvivere per altri 5 anni dovuta ad una superficiale visita di controllo e ad un altrettanto superficiale referto	Il giudice liquida un importo pari al valore dell'inabilità temporanea (maggiorato del 50%) per il numero di giorni di maggiore sopravvivenza, non ulteriormente ridotto = 136.710
TRIB. RIETI 82/2020	Ritardo diagnostico di mastocitoma con conseguente posticipazione delle apposite terapie e perdita di una chance del 50% di sopravvivere per altri 4 mesi	Il giudice assume a valore di riferimento l'importo previsto per l'inabilità temporanea assoluta, che moltiplica per i giorni di maggiore sopravvivenza e poi decurta in relazione alla chance = 8.820

AUTORITÀ	FATTISPECIE	LIQUIDAZIONI
TRIB. AREZZO 1143/2015	Inadeguata attività diagnostica che ha comportato la riduzione delle chance del 37% delle chance del paziente di sopravvivere per i successivi 5 anni.	Calcolata la stima di ciascun mese di vita (dividendo importo inabilità totale per il numero di anni della paziente) questo viene prima moltiplicato per 4 e ridotto al 93%; poi per 40 e ridotto all'87% ed infine moltiplicato per 64 e ridotto al 70%. L'importo liquidato corrisponde alla media dei vari risultati ottenuti =50.000
TRIB. LATINA 16/01/2016	Diagnosi non tempestiva con conseguente ritardo di 3 anni nell'avvio delle terapie opportune e perdita di chance di sopravvivenza per altri 4 mesi del 93%, per altri 40 mesi dell'87% e del 70/60% per altri 64	Dato il valore annuo della vita (dividendo importo inabilità totale per il numero di anni della paziente) questo viene moltiplicato per cinque ed infine ridotto al 37% =28.858
TRIB. AREZZO 943/2017	L'inesatta attività di accertamento compiuta dai medici causa un tardivo rilevamento della patologia e la perdita dell'80% delle chance del paziente di vivere per altri 17 mesi	Calcolato prima il valore annuo della vita (valore inabilità tot: anni che ancora aveva da vivere) e poi il valore mensile, questo viene prima moltiplicato per 17 e successivamente liquidato nell'80% = 72.420
TRIB. LATINA 748/2018	Ritardo diagnostico di 4 anni con conseguente trattamento della patologia ad uno stato più avanzato rispetto a quello in cui avrebbe potuto essere rilevata e perdita del 33% di chance di sopravvivere per altri 5 anni	Calcolato il valore di ciascun anno di vita (dividendo importo inabilità totale per il numero di anni della paziente), queste vene moltiplicato per 42 (aspettativa di vita Istat) e ridotto al 33% =310.493
TRIB. UDINE 1034/2018	I sanitari, non procedendo tempestivamente alla modifica del trattamento del paziente, ne causavano la perdita della possibilità di sopravvivere per altri due anni del 20%	Il giudice calcola inizialmente il valore annuo della vita (dividendo il valore di inabilità totale con il numero di anni che aveva ancora da vivere secondo Istat), moltiplicando poi per 2 ed infine riducendolo al 20% =15.480
TRIB. FERRARA 476/2018	Totale assenza di diagnosi da parte dei sanitari con conseguente annullamento per il paziente del 40% di chance che aveva di sopravvivere altri 4 anni	Il giudice divideva il valore dell'invalidità permanente per il numero di anni della paziente, moltiplicando poi per 4 ed infine riducendo l'importo al 40% =15.836
TRIB. BERGAMO 733/2019	L'errata refertazione di ecografia da parte dei sanitari che non avevano colto la malignità della massa della paziente, comporta per la stessa la riduzione delle chance di sopravvivenza a 10 anni del 36%	Calcolato il valore annuo della vita (dividendo importo inabilità totale per il numero di anni della paziente) ridotta al 36%
TRIB. FIRENZE 2320/2020	Errore di diagnosi e omissione dei dovuti ulteriori accertamenti, con conseguente aggravamento della patologia neoplastica che veniva diagnosticata alla paziente con un ritardo di oltre due anni e perdita delle chance del 20% di vivere un altro anno	Calcolo del valore annuale della vita (dividendo importo inabilità totale per il numero di anni della paziente), viene poi ridotto al 20%
TRIB. LUCCA 733/2020	A causa dell'errore diagnostico dei sanitari che non avevano correttamente individuato la patologia, la paziente perde il 50% di possibilità di sopravvivere per altri 10 mesi	Calcolato inizialmente il valore annuo della vita (dividendo importo inabilità totale per il numero di anni della paziente) e poi quello mensile, l'importo viene moltiplicato per 10 ed infine dimezzato

Come emerge chiaramente dall'analisi delle sentenze analizzate, è possibile osservare che anche attualmente, forse in misura maggiore rispetto a quanto avviene in relazione alla perdita di chance di guarigione, la giurisprudenza di merito è orientata verso una quantificazione del danno meramente equitativa.

Questa tendenza può essere forse spiegata alla luce del labile confine che intercorre fra la chance di sopravvivenza ed il danno da morte, tale da indurre i Tribunali a riconoscere il risarcimento, tentando altresì di aggirare l'obbligo motivazionale in ordine alla scelta dei valori su cui basare la liquidazione del danno.

Infatti, mentre a partire dalla sentenza 7195 del 27 marzo 2014 della Corte di Cassazione nell'ambito della chance di guarigione si è assistito ad un progressivo abbandono dell'approccio meramente equitativo, nel campo della chance di sopravvivenza il suo impiego è rimasto invece costante.

Tuttavia, la reticenza ad abbandonare questa soluzione comporta inevitabilmente che si assista a delle liquidazioni del danno assolutamente fra di loro non coerenti. Si metta ad esempio a confronto la pronuncia del Tribunale di Roma n.10944 con quella del Tribunale di Lecce n.2588 del 2021. Nella prima l'importo previsto come corrispondente alla perdita di una chance del 20% di sopravvivere per altri 5 anni è di 65.000, nella seconda a fronte della perdita della possibilità di sopravvivere per soli altri 10 mesi, il giudice liquida 86.000 euro.

O ancora, si può notare come il rischio di disparità di risarcimento si concretizzi se si rapporto sempre la sentenza di Roma con quella del Tribunale di Vasto del 24/07/2020, dal momento che in quest'ultima, pur discorrendosi di una chance con la medesima stima, l'importo liquidato è inferiore di 40.000.

Per quanto riguarda quella parte della giurisprudenza di merito che cerca di impiegare la chance come coefficiente di riduzione, sembra invece potersi registrare una forte oscillazione rispetto alla adozione dell'invalidità temporanea ovvero dell'invalidità permanente quale valore di riferimento (a cui si aggiunge l'isolata ipotesi del Tribunale di Perugia che nella sent. 1851 del 2019 ha fatto ricorso alla stima del danno biologico terminale).

Si tratta di un'indecisione che risulta, inoltre, tanto più dilagante rispetto a quella che caratterizza la perdita di chance di guarigione, se si considera che, non solo in due ipotesi<sup>138</sup> il giudice non ha proceduto alla riduzione dell'importo in relazione alla chance, ma anche che, talvolta, i Tribunali hanno operato una maggiorazione dell'importo preso a riferimento, ritenendo che un giorno di vita valga, comunque, di più di un giorno vissuto nell'invalidità assoluta<sup>139</sup>

Questa incertezza è innanzitutto evidenziata dalla sentenza del Tribunale Firenze n.208

<sup>138</sup> Nello specifico, nelle sent. n.338/ 2017 del Tribunale di Trieste e n.332/2020 di Perugia.

<sup>139</sup> Sempre Tribunale Perugia, n.332/2020 e Tribunale Avellino n.1353/2017.



del 2018<sup>140</sup>, in cui il giudice ha optato per una liquidazione *in medias res*, dal momento che ha calcolato inizialmente l'importo che avrebbe potuto liquidare applicando ambedue i valori ed ha poi ritenuto equo quantificare il danno sulla base di un importo a metà fra i due risultati.

Inoltre, è testimoniata anche dalla pronuncia del tribunale di Milano n.14161 del 2016 (che nell'immediato seguito verrà esposta), poiché il giudice ha optato per la liquidazione del danno *iure hereditatis* sulla base dei valori tabellari relativi al danno da perdita del rapporto parentale, analogamente a come fatto dal tribunale di Belluno con la pronuncia 268 del 2018.<sup>141</sup>

### ***Tribunale Milano. Sentenza 28/12/2016 n. 14161***

Nella sentenza in esame il giudice è giunto riconoscere e liquidare il danno da perdita di chance di sopravvivenza *iure hereditatis*, assumendo come parametro di riferimento, comunque, i valori delle tabelle di Milano relative ai rapporti parentali.

In data 27/05/2009 il de cuius si sottoponeva ad una radiografia polmonare presso l'istituto convenuto al fine di verificare l'origine delle difficoltà respiratorie che da qualche tempo accusava. il radiologo certificava la presenza di uno sfumato addensamento flogistico parenchimale in campo polmonare. il giorno successivo il paziente si sottoponeva a una visita pneumologica, e lo specialista gli prescriveva una terapia antibiotica senza disporre ulteriori accertamenti.

Nei mesi successivi, tuttavia, lo stato di salute del paziente peggiorava, per cui in data 12/1/2010 si sottoponeva a una seconda visita pneumologica seguita da due visite otorinolaringoiatriche, al termine delle quali il sanitario prospettava una origine allergica dei disturbi presentati.

Parte attrice allegava che in nessuna delle occasioni indicate era stata ipotizzata l'esistenza di una iniziale neoplasia.

Data 2/3/2010, il paziente veniva sottoposto a una tac e finalmente veniva diagnosticata una neoplasia polmonare derivante da quella lesione già presente nella lastra eseguita il 27 maggio del 2009.

Nei mesi successivi il paziente veniva trattato con radioterapia chemioterapia e plurimi interventi, per poi morire il 19/5/2010.

Parte attrice in giudizio per ottenere l'accertamento della responsabilità della struttura sanitaria e dei singoli operatori, data la macroscopica violazione degli obblighi di diligenza professionale.

La disposta consulenza medico legale confermava la prospettazione attorea, rilevando come il paziente fosse stato trattato con condotte negligenti da tutti i professionisti alle cui cure si era sottoposto.

Questo perché, non solo vi era stata in primis una superficiale valutazione della lastra toracica da parte del radiologo, ma anche lo stesso pneumologo, alla luce della tosse persistente dell'uomo, avrebbe dovuto effettuare un'autonoma valutazione del risultato della radiografia.

---

<sup>140</sup> Riportata *supra*.

<sup>141</sup> Già analizzata *supra*.

Esaminata l'immagine radiografica e valutata alla luce della successiva evoluzione della patologia, i periti concludevano nel classificare il tumore, alla data del maggio 2009, ad un II o a un III stadio.

Nel primo caso la patologia sarebbe stata verosimilmente aggredibile chirurgicamente in associazione a trattamento farmacologico o radioterapico, con sopravvivenza media a cinque anni del 35-50%, con sopravvivenza media di 24 mesi. Per lo stadio IIIA, corrispondente ad una malattia localmente avanzata, la sopravvivenza cinque anni è compresa tra i 15 e i 25%, con una media di sopravvivenza di circa 12-13 mesi.

In sintesi, quindi un trattamento sanitario corretto non avrebbe impedito l'evoluzione letale del carcinoma; avrebbe tuttavia potuto "procurare al paziente un apprezzabile tempo di sopravvivenza superiore a quello verificatosi, in particolare se la neoplasia fosse stata in stadio IIA".

Alla luce dei dati statistici comunicategli, il giudice decideva di individuare la chance perduta in una possibilità del 32,5% di sopravvivere per altri 5 anni, essendo questo il valore medio fra la percentuale minima attribuita alle previsioni di sopravvivenza per il III stadio e la percentuale statistica di massima sopravvivenza in caso di neoplasia allo stadio II.

Passando poi alla quantificazione del danno, il giudice lo ha liquidato in una somma pari a 40.000 €. Tale importo è il risultato dell'adozione del valore tabellare minimo individuato dalle tabelle milanesi per la perdita parentale di coniuge/figlio (avendo riguardo delle caratteristiche soggettive del paziente) ridotta del 32,5% e ulteriormente abbattuta, in termini però meramente equitativi, in considerazione del limitato arco di sopravvivenza.

Pertanto, alla luce delle incertezze in ordine al criterio di riferimento, e sempre in virtù della necessità di garantire una parità di trattamento e di risarcimento rispetto a fattispecie analoghe, la soluzione che attualmente assicura una maggiore linearità degli importi liquidati sembrerebbe essere quella che applica la chance ad una quantificazione del danno basata sulla stima del valore annuo della vita.

Infatti, per come traspare anche dalle tabelle riassuntive riportate all'inizio del paragrafo, quest'ultimo approccio è quello che assicura la liquidazione di importi fra di loro più omogenei e coerenti. Le stesse considerazioni, invece, non possono essere fatte con riferimento all'opposto orientamento, i cui importi, confrontati fra di loro, talvolta risultano anche decisamente sproporzionati.

Si prendano ad esempio le pronunce del Tribunale di Perugia, n. 1851/2019 e del Tribunale di Avellino n.1353 del 2017, rispettivamente aditi per ottenere il risarcimento per il danno da perdita di una chance del 50% di sopravvivere per altri 12/24 mesi e per la perdita di una chance del 50% di vivere 6 mesi. Rapportando le sentenze fra di loro emerge immediatamente un'incoerenza dato che la perdita di chance di sopravvivere per un periodo inferiore è valutata con un importo di gran lunga più elevato.

Le stesse riflessioni relative all'impiego di quest'ultimo approccio non si applicano in ordine alla perdita di chance di avere una qualità della vita migliore rispetto a quella effettivamente conseguita, dal momento che la giurisprudenza ha manifestato una

certa costanza nel calcolare il risarcimento del danno applicando la chance come coefficiente di riduzione del danno fisico sofferto dal paziente. Infatti, salvo l'eccezione offerta dalla sentenza del Trib. Livorno 822/2016, in cui si è proceduto ad una quantificazione del danno meramente equitativa, le ulteriori pronunce riportate (per meno frequenti<sup>142</sup>) evidenziano una scelta pressoché unanime rispetto alla soluzione da adottare<sup>143</sup>.

Dunque, attualmente la soluzione che appare più in linea con le esigenze di parità di trattamento è quella che cerca di stimare il valore annuo della vita attraverso la divisione dell'importo previsto per l'invalidità permanente assoluta e il numero di anni del paziente, moltiplicarlo per il restante tempo che avrebbe potuto vivere e riducendolo poi in ragione della chance perduta.

Infine, per quanto non utilizzata è comunque interessante richiamare la formula di Rhee<sup>144</sup>, la quale dovrebbe trovare applicazioni in relazione a quella ipotesi in cui l'inadempimento sanitario non ha comportato il totale annullamento delle chance del paziente ma semplicemente una riduzione.

La formula prevede:

$$D \times (\% \text{ di sopravvivenza pre - colpa} - \% \text{ di sopravvivenza post - colpa}) \\ (100\% - \% \text{ di sopravvivenza post - colpa})$$

Quindi, ad esempio,<sup>145</sup> posto che a causa di malpractice il paziente passi da avere una chance di sopravvivere per 5 anni dal 50% al 30% e che il danno complessivo per provato nesso causale sia di 100.000, il valore sarebbe

$$100.000 \times (50\% - 30\%): (100\% - 30\%) = 28.571 \text{ euro}$$

Applicando questa formula, quindi, di liquidazione del danno nella fattispecie rispetto a cui si è pronunciato il Tribunale di Latina con sen. 16/01/2016, il risarcimento sarebbe:

$$77.994 \times (61\% - 24\%): (100\% - 24\%) = 37.970 \text{ (in luogo invece dei 28.858 stimati)}$$

---

<sup>142</sup> Di cui tra l'altro non si è ritenuto necessario fornire una tabella.

<sup>143</sup> Es. Tribunale Livorno 332/2018 e Tribunale Aosta 115.

<sup>144</sup> R.J Rhee *Loss of chance, probabilistics cause and damage calculations: the error in Matsuyama v. Birnbaum and the majority rule of damages in many jurisdictions more generally*, in *Soffolk University Law Review Online*, 2013, 39.

<sup>145</sup> L'esempio viene ripreso da Ronchi, Mastroberto e Genovese op.cit. p.97.

## CONCLUSIONI

La disamina relativa alla figura della perdita di chance non patrimoniale qui condotta ha evidenziato come, per quanto a livello dottrinale persistano ancora una serie di dubbi in merito all'astratta risarcibilità di questo istituto, con riferimento alla giurisprudenza l'unico problema a rimanere irrisolto è quello inerente all'individuazione di una soluzione unanime per la liquidazione di questa specifica categoria di danno.

Una tendenziale difficoltà nella scelta di uno stesso metodo per valutare il valore economico da attribuire chance perduta, soprattutto laddove non patrimoniale, è in realtà riscontrabile non solo in Italia, ma anche in alcuni degli altri ordinamenti che prevedono l'astratta risarcibilità dell'istituto.

In particolare, negli Stati Uniti, dove, anche se la quantificazione del danno spetta formalmente alla giuria, il ruolo del giudice è estremamente rilevante nella determinazione dei criteri da adottare.<sup>146</sup>

Infatti, sebbene il metodo percentuale sia quello di maggior riferimento per i giudici americani, sia parte delle corti sia la dottrina non mancano di proporre invece di affidare una certa discrezionalità al giudice che dovrebbe decidere secondo equità (*discretionary award method*)<sup>147</sup>.

Il metodo equitativo, nello specifico, è stato ampiamente affrontato in *Smith v. Department of Health and Hospitals*<sup>148</sup>, in cui è emerso che tra i vari vantaggi del ricorso a questo approccio vi sarebbe quello di lasciare più margine alla giuria, la quale, non sarebbe costretta a ricorrere ad inferenze statistiche e potrebbe garantire una maggiore rispondenza del risarcimento al caso concreto; oltre al fatto che la decisione dalla giuria riflette maggiormente la percezione, l'esperienza e il senso comune del cittadino medio rispetto al danno.<sup>149</sup>

Tornando all'Italia, indubbiamente, il criterio a cui viene fatto un maggiore ricorso, sia a livello di chance di guarigione sia a livello di chance di sopravvivenza, è quello della

---

<sup>146</sup> *Delaney v. Cade*, 873 P2d. 175, 187 (Kan 1994), *Falcon v. Memorial Hospital*, 462 N.W. 2d 44, 52 ss. (Mich. 1990), *McKellips v. Saint Francis Hosp. Inc.*, 741 P2d 467 ss. (Okla. 1987), in dottrina D.R. Carney, Note: *Smith v. State Louisiana: Lost Chance of Survival*, in *Louisiana Law Rev.*, 1997 p.349; J. King jr., *Causation, Valutation and Chance in Personal Injury Torts Involving Preexisting Conditions and Future Consequences*, in *90 Yale Law Journal*, 1981 p. 1328; R.A. Reising *The Loss of a Chance Theory in Medical Malpractice Cases; An Overview*, in *13 American Journ. Trial Advoc.*, 1990.

<sup>147</sup> Ne riferisce D.R. Carney, op.ult. cit. p.351 che, messi in luce i rischi del criterio discrezionale, propone metodi di stima tendenti ad una maggiore garanzia per il convenuto, come dei maggiori poteri di cognizione in appello; tribunali senza giurie popolari, limiti alla responsabilità medica in caso di chance; giudizio di appello presso giurie tecniche composte da medici.

<sup>148</sup> *Smith v. Department of Health and Hospitals* 676 So. 2d 543 (La. 1996).

<sup>149</sup> H.R. Feldman, *Chance as Protect Interests: Recovery for the Loss of Chance and Increased Risk*, cit. p.155.

valutazione meramente equitativa.

Secondo parte della dottrina questa tipologia di liquidazione del danno sarebbe quella più in linea con la natura stessa della chance<sup>150</sup>.

Infatti, il qualificare la chance come bene giuridico diverso ed autonomo rispetto al risultato finale comporterebbe automaticamente che l'ammontare del suo risarcimento non possa coincidere né con quello del danno finale né tantomeno con una frazione dello stesso.

Pertanto, seguendo questa logica, l'unico metodo di liquidazione del danno possibile sarebbe quello meramente equitativo, non essendo invece pertinenti i criteri risarcitori previsti dall'ordinamento per liquidare la perdita del risultato finale.

Diversamente, apparirebbe incoerente la reificazione della chance operata su un piano sostanziale se in sede risarcitoria questa viene poi ricondotta nel perimetro del risultato sperato: all'autonomia intesa come presupposto per l'astratta risarcibilità della chance dovrebbe dunque corrispondere un'autonomia anche del giudice al momento della quantificazione del danno.<sup>151</sup>

Tuttavia, per quanto assolutamente logiche, queste considerazioni non convincono. Innanzitutto, poiché non dovrebbero applicarsi esclusivamente all'ambito della perdita di chance di guarigione o di sopravvivenza ma dovrebbero altresì riguardare i casi di perdita di chance patrimoniale.

Così, ad esempio, nel caso di perdita di chance di vincere un appalto, il risarcimento non potrebbe corrispondere ad una percentuale del valore dell'appalto stesso, o ancora, nel caso di perdita di chance di vincere un appello, il risarcimento dovrebbe prescindere totalmente dal valore della causa.

Invece, in queste ipotesi è da tempo ormai che la giurisprudenza adotta pacificamente il criterio di liquidazione che adopera la chance perduta come coefficiente di riduzione del valore del risultato sperato.

A ciò si aggiunge quanto già evidenziato in merito alle problematiche connesse all'adozione del criterio meramente equitativo. Il ricorso a tale soluzione, infatti, per quanto astrattamente coerente con le caratteristiche dell'istituto della chance risulta meno in linea con una delle necessità principali del diritto: quella di evitare la disparità di trattamento.

Come si è avuto modo di constatare, l'adozione di questa tipologia di liquidazione del danno ha più volte comportato che le corti di merito giungessero a quantificare, a fronte di situazioni analoghe, degli importi risarcitori profondamente differenti fra di loro. Tale risultato, però, è in contrasto con il valore di cui all'art.3, comma 2 della Costituzione. Il principio di eguaglianza, che entra nelle aule di tribunale attraverso il

---

<sup>150</sup> G. Cricenti, *"La perdita di chance nella responsabilità civile"* op.cit. e L. LOCATELLI in *"Le differenti vesti della chance perduta e i suoi criteri di risarcibilità"*, in Resp. civ. prev., 2008, 2361 e ID in *"Le chances di risarcibilità della chance perduta,"* in Resp. civ. prev., 2011,904.

<sup>151</sup> Questo problema viene risolto dalla dottrina francese, in particolare da M. Heers in *"L'indetermination de la perte d'une chance"*, in Gaz. Du Palais, 2000, doc.7, attraverso una costruzione della chance come pregiudizio autonomo rispetto al danno finale quanto alla natura, ma dipendente da esso quanto al risarcimento.

monito *"la legge è uguale per tutti"*, infatti non si esaurisce all'attività di sussunzione, poiché si esplica anche in termini di trattamento risarcitorio analogo.

È appena il caso, quindi, di ricordare come la stessa Corte di Cassazione abbia più volte specificato che, in tema di liquidazione del danno (e di quello non patrimoniale in particolare) l'equità di cui all'art.1226 deve essere orientata a *"garantire l'intima coerenza dell'ordinamento, assicurando che casi uguali non siano trattati in modo diseguale"*<sup>152</sup>. A ciò si aggiunge, inoltre, il fatto che le Tabelle di Milano nel tempo abbiano assunto una "vocazione nazionale" proprio perché recanti parametri maggiormente idonei a consentire di tradurre il concetto dell'equità valutativa, e ad evitare (o quantomeno ridurre) – al di là delle diversità delle condizioni economiche e sociali dei diversi contesti territoriali – ingiustificate disparità di trattamento.

Pertanto, per quanto a livello puramente teorico la soluzione meramente equitativa appaia come la più coerente con l'istituto della perdita di chance, l'implicazione che la sua adozione ha sul piano pratico la rendono meno preferibile.

Perciò, per quanto attiene alle ipotesi di perdita di chance di guarigione, il criterio che appare maggiormente consigliabile è quello che prevede l'applicazione della formula, già opportunamente riportata, di

$$X = C\% \times (D - O),$$

laddove X corrisponde al danno da liquidare, C alla percentuale della chance perduta, D al danno concretamente subito e O all'outcome ottimale che, in assenza dell'inadempimento medico, avrebbe potuto conseguire.

Si tratta infatti di quella soluzione che assume il dato statistico percentuale con cui la chance viene rappresentata dal c.t.u. come coefficiente di riduzione del danno differenziale sofferto dal paziente.

Il suggerimento che si vuole offrire è però quello di dare applicazione a questo criterio di calcolo non solo nei casi in cui il danneggiato avrebbe potuto riportare dei postumi invalidanti inferiori rispetto a quelli concretamente sofferti, ma anche quando le chances perdute dal paziente consistano nella possibilità di evitare l'evento morte. In quest'ultime ipotesi, infatti, il danno differenziale si darebbe nella differenza fra il danno biologico terminale (nella misura in cui questo deve comunque essere stato concretamente patito dal paziente) e gli eventuali postumi invalidanti (temporanei o permanenti) che avrebbe potuto riportare in presenza di un corretto intervento sanitario.

Si ponga l'esempio di un paziente, che giunto in pronto soccorso con dei sintomi indicanti un'infezione in corso, non riceve una corretta diagnosi dal personale sanitario e dopo aver trascorso alcuni giorni ricoverato, decede. Si assuma, inoltre, che luce della c.t.u. emerga, che a causa dello stato di salute pregresso del de cuius (ad esempio, portatore di una cardiopatia congenita), un corretto adempimento dei medici non avrebbe garantito al paziente una guarigione certa ma solo una chance del 40% di evitare l'evento morte, e che di riportare però un'invalidità permanente del 10%

---

<sup>152</sup> Così Corte di Cass. civ., sez. III, 7 giugno 2011, n. 12408.

connaturata alla natura invasiva dell'intervento che avrebbe dovuto essere eseguito. In questo caso, quindi, il risarcimento dovrebbe corrispondere alla differenza fra il danno biologico terminale sofferto e l'importo previsto dalle tabelle di Milano per l'invalidità del 10%, ridotta poi in ragione della chance.

Per quanto attiene invece al danno da perdita di chance di sopravvivenza, ferme le considerazioni relative alla quantificazione meramente equitativa del danno, si è già sottolineato come gli altri due criteri in uso nella giurisprudenza abbiano l'obiettivo di individuare il valore degli ulteriori giorni, mesi o anni che il paziente avrebbe potuto vivere, per poter poi operare una decurtazione in relazione alla chance.

Ma le modalità con cui tale quantificazione viene effettuata sono diverse.

Il primo orientamento prevede di moltiplicare l'importo previsto per l'invalidità assoluta (temporanea o permanente, a seconda della scelta del giudice) pro die per il numero di giorni di vita perduti dal danneggiato.

Il secondo, invece, prevede l'individuazione del valore annuo della vita del paziente attraverso la divisione della somma prevista dalle tabelle di Milano per il risarcimento del danno biologico da invalidità permanente del 100% (per un soggetto dell'età corrispondente a quella del paziente) con il numero di anni del paziente stesso.

La mutuale finalità di ambedue gli approcci è però in netto contrasto con un principio che da tempo la Corte di Cassazione ha fissato: ossia la non risarcibilità del danno da morte. Infatti, attraverso l'impiego di queste due soluzioni liquidatorie i giudici, attribuendo un importo monetario alla vita perduta dal paziente e decurtandolo poi in ragione della chance, di fatto finiscono per risarcire (in misura percentuale) il danno da perdita di vita.

Il rischio, quindi, sembrerebbe essere quello di far rientrare dalla finestra ciò che si è fatto uscire dalla porta, aggirando la preclusione alla risarcibilità del danno da morte attraverso l'impiego di un diverso istituto giuridico.

Tuttavia, posto il già più volte evidenziato carattere artificioso della chance, che nulla altro è se non un escamotage impiegato per tutte quelle situazioni giuridiche la cui necessità di tutela è dettata da ragioni di giustizia sostanziale, si potrebbe ritenere che un'eventuale contraddittorietà fra i principi non debba interessare il profilo della quantificazione del danno.

E soprattutto non dovrebbe ripercuotersi sul danneggiato (o realisticamente sugli eredi dello stesso), il quale, nel momento in cui agisce in giudizio per ottenere ristoro di un danno la cui risarcibilità è riconosciuta dalla giurisprudenza, ha diritto a non subire alcun tipo di disparità di trattamento.

Infatti, l'impiego di queste ultime due soluzioni risarcitorie non fa altro che disvelare un problema di coesistenza e di coerenza fra due diversi principi che sono stati espressi dalla Corte di Cassazione, la quale più volte ha ribadito l'esclusione della risarcibilità del danno da morte ed altrettante volte ha confermato la possibilità di risarcire il danno da perdita di chance di sopravvivenza.

In altre parole, la suddetta dicotomia della giurisprudenza di legittimità afferisce esclusivamente *all'an* del risarcimento e quindi non dovrebbe interessare l'operazione di quantificazione del danno compiuta dalle corti di merito, il cui obiettivo dovrebbe

essere quello di ridurre al minimo il rischio di disparità di trattamento risarcitorio.

Relativamente poi, all'individuazione del metodo di quantificazione più opportuno, per come emerso dalla comparazione delle varie sentenze di merito, indubbiamente quello che ha portato alla liquidazione di importi più coerenti e omogenei fra loro è il criterio che, passando per la stima del valore annuo della vita, calcola poi l'importo complessivo degli anni di vita potenzialmente perduti dal paziente e lo riduce infine in ragione della chance.

Tuttavia, si constata anche come il criterio di quantificazione del danno più in linea con i principi generali del nostro ordinamento sia quello che prevede l'utilizzo della somma tabellare prevista pro die per l'invalidità temporanea.

Infatti, come è emerso chiaramente dall'analisi delle pronunce di merito, la disparità risarcitoria che l'impiego di questa tipologia di liquidazione del danno ha originato è dovuta semplicemente ad un'incostanza della giurisprudenza nella scelta del parametro di riferimento. Si è già avuto modo di constatare la moltitudine di "varianti" elaborate da quella parte di giurisprudenza che aderisce a questo orientamento: talvolta il valore assunto è quello dell'invalidità permanente, talvolta quello dell'invalidità temporanea, a volte l'importo di riferimento viene maggiorato, altre ancora non si è proceduto alla decurtazione in ragione della chance.

Questa oscillazione della giurisprudenza, che naturalmente, da un punto di vista pratico, produce importi fra di loro sproporzionati, non compromette però, da un punto di vista teorico, la validità di questo metodo di quantificazione del danno.

La soluzione di liquidare la perdita di chance di sopravvivenza attraverso la moltiplicazione del valore di invalidità temporanea pro die per il numero di giorni che il paziente avrebbe potuto vivere in più, infatti, è quella che appare più coerente con i criteri risarcitori già vigenti nel settore della responsabilità civile.

Il riferimento è in particolare alla quantificazione del danno biologico terminale, ossia il danno biologico patito dalla vittima, nel periodo di tempo compreso tra il fatto illecito e il sopraggiungere della morte.

Questo pregiudizio, infatti, inteso come inabilità temporanea è quindi liquidato in base agli importi massimi previsti per il danno biologico temporaneo assoluto.

Si evidenzia, inoltre, che ad essere qualificato come danno biologico terminale è il danno sofferto dal danneggiato negli ultimi 100 giorni prima dell'*exitus*, mentre, laddove i patimenti dovessero essere più duraturi, gli ulteriori giorni vengono risarciti come danno biologico temporaneo. Alla luce di ciò, quindi, il criterio che appare maggiormente consigliabile è il seguente:

Invalidità temporanea pro die X giorni di sopravvivenza perduti

Chance perduta

Conclusivamente, la motivazione principale per cui si ritiene che questa tipologia di quantificazione del danno sia quella preferibile rispetto alle altre due è una motivazione di sistema.



Infatti, sembra ormai pacifico nel nostro sistema di responsabilità civile che per il fine vita trovi applicazione il valore dell'invalidità temporanea. Ed è quindi per una questione di organicità e di coerenza complessiva che appare logico utilizzare questo stesso parametro anche nell'ambito del risarcimento del danno da perdita di chance di sopravvivenza.

## BIBLIOGRAFIA

Alpa, *La responsabilità medica*, in *Resp. civ. prev.*, 1999, 316

A. Aprile, A. Fabris, D. Rodriguez, *Danno da perdita di chance nella responsabilità medica*, 2014

Azzalini. M. *Nesso causale e perdita di chances: l'illusione ottica della doppia probabilità*. *Nuova giur. civ. comm.* 2017

Bamdé A., " *La perte d'une chance*" in *Droit de la responsabilité, Droit des contrats, Droit des obligations, Responsabilité extracontractuelle*, 2016

Barcellona M., *Chance e causalità: preclusione di una virtualità positiva e privazione di un risultato utile*, pubblicato in *Europa e dir. priv.*, 2011, 04, 945

Barcellona, M. *Trattato della responsabilità civile*, Torino 2011, 400 e ss

Bocchiola M. *Perdita di una "chance" e certezza del danno*, in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 1976, 58

M. BONA, *Causalità civile, il decalogo della Cassazione a due dimensioni di analisi*, in *Corr. giur.*, 2008, 41

Bona M., *Il nesso di causa nella responsabilità civile a confronto con il decalogo delle Sezioni Unite penali in Franzese: vecchi e nuovi confini tra causalità civile e causalità penale alla luce della sentenza Cass. civ., sez. III, 4 marzo 2004, n. 4400 sul danno da perdita di chance*, in Bona M. (a cura di), *Il nesso di causa nel danno alla persona*, Assago, Ipsoa, 2005, p. 126

Busnelli " *Perdita di una chance e risarcimento del danno*" in *Foro it.*, 1965.

Buzzi, *Il medico tra Scilla (la 'Perdita di chances') e Cariddi (gli 'Interventi compassionevoli')*, con l'incombente naufragio dell'accertamento medico-legale del nesso di casualità e della valorizzazione delle linee guida, in questa Rivista, 2011, 3, pp. 563-593

Calcagno N., *Omissione di diagnosi: il punto su perdita di chance e nesso causale*, in *Danno e resp.*, 2009, 2, p. 159.

Carney, D.R. in nota a *Smith v. State Louisiana: Lost of Chance of Survival* in *Lousiana Law Rev.*, 1997

C. Castronovo, Del non risarcibile aquiliano: danno meramente patrimoniale, c.d. perdita di chance, danni punitivi, danno c.d. esistenziale, in *Europa e dir. priv.*, 2008, 315 ss

Chindemi D., *Danno non patrimoniale da perdita di chance, nesso causale e criteri risarcitori*, in *Resp. civ. e prev.*, 2010, 5, pp. 1169-1180

Chindemi, D. *Il danno da perdita di chance*, Giuffrè editore, 2011

Chindemi D., *Il danno non patrimoniale da perdita di chance dopo le sentenze di San Martino*, in *Resp. Civ. e prev.* 2011, p. 457

Cricenti G. "La perdita di chance nella responsabilità civile", 2019, Giuffrè.it

Cricenti G. "La perdita di chance come diminutivo astratto - il caso della responsabilità medica", in *Resp. Civ e prev.* 6, 2016, PP2073

DE MATTEIS, *La responsabilità in ambito sanitario. Il regime binario: dal modello tecnico ai risvolti applicativi*, Padova, 2017, 121.

De Matteis, R. *La responsabilità medica. Un sottosistema della responsabilità civile*, Padova, 2004

Gatti S. *Riflessioni sulla (risarcibilità e sulla) quantificazione del danno da perdita di chance* in *Resp. Civ. prev.*, 2019

Greblo F., *Responsabilità medica, nesso di causalità ed applicabilità del giudizio di "probabilità logica" alla responsabilità civile*, in *La Resp. civ.*, 2007, 6, pp. 489-503

Guettier C. « *Perte de chance de survie ou de guérison* » in *Revue Juridique de l'Ouest*, 2018, pag.312

Guidi B. e Sereni E. in "Il risarcimento del danno da perdita di chances di vita, di cura e di guarigione: prassi, trend e criteri liquidatori" in *Danno e resp.* 2016, 5, pag. 508.

Feldman H.R. in *Chance as Protect Interest Recovery for the Loss of Chance and Increased Risk*

Feola M., *Il danno da perdita delle chances di sopravvivenza o di guarigione è accolto in Cassazione*, in *Danno e resp.*, 2005, 1, pp. 49-56

Feola M., "Paralogismi e morfologia del danno da perdita di chance, 2018

Fiori A., Cascini F. e Ausania F., *La Cassazione civile accentua le differenze tra responsabilità medica penale e prospetta la risarcibilità autonoma della perdita di chance da colpevole inadempimento professionale*, in *Riv. it. med. leg.*, 2004, 3-4, pp. 803-817

Fiori A. e Marchetti D. *Medicina Legale della responsabilità medica*, Milano, Giuffrè, 2009

Fiori. A., Marchetti. D. *Problemi medico-legali del danno non patrimoniale da perdita di chance*, in *Riv. it. med. leg.*, 2011, 39

Focci, *Chance (danno da perdita di)* in *Enc. Giur. Roma* 2009, 3

Franzoni M. *"Ancora sul danno da perdita di chance non patrimoniale"* in *Responsabilità civile e previdenza*, 2021, 4

Franzoni M. *I concetti descrittivi misti, Il danno risarcibile*, in *Trattato della responsabilità civile* diretto da M. FRANZONI, Milano, 2010

Frenda D. M. *Il danno da perdita di chance fra le ragioni della vittima e le regole del sistema* in *Rivista di diritto civile*, 2019

HART H.L.A. and HONORÉ T., *"Causation in the Law,"* Oxford, II ed., 1985, pp. 12, 72 ss.

HAZAN, *Alla vigilia di un cambiamento profondo: la riforma della responsabilità medica e della sua assicurazione*

Heerbs M. in *"L'indemnisation de la perte d'une chance"* in *Gaz. Du Palais*, 2000, doc.7

Izzo U. *Il tramonto di un sottosistema della R.C.: la responsabilità medica nel quadro della recente evoluzione giurisprudenziale*, in *Danno e resp.*, 2005, 2, pp. 130-152

Jansen N., *"The idea of a lost chance,"* *Oxford Journal of Legal Studies*  
Vol. 19, No. 2 (Summer, 1999), pp. 271-296

KING J., *Caustion, Valutation, and Chance in Pesonal Injury Torts Involving Preexisting Conditions and Future Consequences*, in 90 *Yale Law Journ.* 1981

La battaglia L., *Il danno da perdita di chance*, in *Danno e resp.* 2019, 349

Landini S., *Responsabilità del medico per perdita di chances di sopravvivenza*, in *Resp. civ. e prev.*, 2005, 2, p. 465.

Locatelli L., *Le differenti vesti della Chance perduta e i suoi criteri di risarcibilità*, in *Resp.*

Civ. Prev., 2008; 3, pp. 2360-2375

Locatelli L. in *"Le chances di risarcibilità della chance perduta,"* in *Resp. civ. prev.*, 2011,904

Lo Moro Biglia, *Il risarcimento della chance frustrata. Un itinerario incrementale*, Napoli, 2006

Mastroroberto L. Serra A. *"Il danno da perdita di chance nella responsabilità sanitaria. Dall'evoluzione giurisprudenziale alla valutazione medico legale"*, Giuffrè Francis Lefebvre, 2019

Miotto G., *"Un grande equivoco: la trasmigrazione della «possibilità» (o «probabilità») dal contenuto della perdita di chance di guarigione o di sopravvivenza ai criteri valutativi del rapporto di causalità"*, in *Resp. civ. prev.*, 2011, p. 2048 ss.

Napoli, E. in *La perdita di chance nella responsabilità civile*, in *Resp. civ. prev.*, 2018, 53

Nervi A., *Il danno da perdita di chance: vera gloria o escamotage dialettico?* in *Resp. civ. prev.*, 2013, 574

G. Norelli, M. Focardi, V. Bartolini, V. Pinchi, *La «perdita di chance»: una importante «chance» per la medicina legale*, *Rivista Italiana di Medicina legale*, 2, 2015, p. 389

Paccès A. M., *Alla ricerca delle chances perdute: vizi (e virtù) di una costruzione giurisprudenziale*, in *Danno e resp.*, 2000, 6, p. 659-66

M. Parascandola, *Chances, Individuals and Toxic Torts*, in *Journal of Applied Philosophy*, 1997, 152.

Pontecorvo, A. *La responsabilità per perdita di chance*, in *Giust. civ.*, 1997, II, 447

Pucella, Roberto. *"La causalità "incerta."* Torino: Giappichelli, 2007. Prin

Rhee R.J *Loss of chance, probabilistic cause and damage calculations: the error in Matsuyama v. Birnbaum and the majority rule of damages in many jurisdictions more generally*, in *Suffolk University Law Review Online*, 2013, 39.

Ronchi E. Mastroroberto L. e Genovese U. in *"Guida alla valutazione medico – legale dell'invalidità permanente. In responsabilità civile e nell'assicurazione privata contro gli infortuni e le malattie"*, Giuffrè editore, 2015, pp.82 e ss.

Rossetti M., *Allargati ancora i confini della responsabilità del medico*, in *Dir. e giustizia*, 2004, 14, pp. 35-37

Rossetti M. *"Il danno alla salute: biologico, patrimoniale, morale, perdita di chance, danno da morte, la CTU medico legale, profili processuali, tabelle per la liquidazione"*, Padova: CEDAM, 2017

Rossetti M, *Il danno da perdita di chance*, in *Riv. giur. circol. traspr.*, 2000, 662;

Tassone B. *"La razionalizzazione della chance secondo la Cassazione e in prospettiva di comparazione"* in *Danno e resp.* 2018, p.912

Tassoni B. *Le chances: danno da morte, illecito senza danno, risarcimenti sottosoglia e concause naturali* in *Danno e Resp.* 2019, pag. 179

Trimarchi, Pietro. *"Il contratto: inadempimento e rimedi."* Milano: Giuffrè, 2010. Print.

Trimarchi, Pietro. *La responsabilità civile: atti illeciti, rischio, danno.* 2. ed. Milano: Giuffrè Francis Lefebvre, 2019. Print.

Vacca B., *La perdita di chance di guarigione*, in Cendon P., (direzione di), *Trattato dei nuovi danni*, vol. II, cit., p. 711

Viney G. E Jourdain P., *Les conditions de la responsabilité*, in *Traité de Droit civil*, sous la direction de G. Ghestin, II éd., 1998., p. 84

Zencovich Z., *La sorte del paziente. La responsabilità del medico per l'errore diagnostico*, Cedam, Padova 1994, V.

Ziviz P. *Il risarcimento per la perdita di chances di sopravvivenza. Fonte: Responsabilità Civile e Previdenza*, fasc.3, 1998, pag. 705

P. Ziviz, *Quale modello per il risarcimento della perdita di chances di sopravvivenza?* in *Resp. Civ. Prev.*, fasc. 5, 2016, pp. 1490B ss

Ziviz P. *"Riflessioni sulla perdita di chance di sopravvivenza"* in *Resp. Civ e prev.* 2014, 1, 241 ss.

## **GIURISPRUDENZA**

Chaplin v. Hicks [1911] 2 K.B. 786 in *e-lawresources.co.uk*

Consiglio di Stato IV, 23 settembre 2019, n. 6319; III, in *gazzettamministrativa.it*;

Consiglio di Stato, sez. V, 15 novembre 2019, n. 7845 in *gazzettamministrativa.it*;

Consiglio di Stato, sez. VI, 13.09.2021 n. 6268 in *gazzettamministrativa.it*;

Corte di Appello di Palermo, sent. 10/07/2017 n. 1337 in *De Jure*;

Corte di Appello di Torino, sez. IV, sent. 15/05/2019 n. 814, in *Corti di merito*;

Corte di Cassazione, 24 luglio 1969, n.2810 in *Danno e resp.* 1969

Corte di Cassazione 19 novembre 1983 n. 6906 in *Foro.it* 1984

Corte di Cassazione Sez. Lavoro del 3 dicembre 1985 n. 6056 in *cortecostituzionale.it*

Corte di Cassazione, 1998 n. 9598 in *cortecostituzionale.it*

Corte di Cassazione, Sez II, 13/12/2001, n.15759 in *Giust. civ.*, 2002, I

Corte di Cassazione, Sez. III, 17/12/2003 n.18945 in *cortecostituzionale.it*

Corte di Cassazione, Sez. III, 4 marzo 2004 n.4400 in *cortecostituzionale.it*

Corte di Cassazione Sez. III, 28/01/2005, n.1752 in *cortecostituzionale.it*

Corte di Cassazione Sez. lav. 18/01/2006 n.852 in *cortecostituzionale.it*

Corte di Cassazione civ., Sez. Un., 11 novembre 2008, *De jure*

Corte di Cassazione Sez. III, 18 settembre 2008 23846 in *cortecostituzionale.it*

Corte di Cassazione, 16 gennaio 2009, n. 1850, in *Danno resp.*, 2009

Corte di Cassazione civ., sez. III, 7 giugno 2011, n. 12408

Corte di Cassazione civile, sez. II, sentenza 29/11/2012 n.21245 in *De jure*

Corte di Cassazione, 23 maggio 2014 n.11522 in *De jure*

Corte di Cassazione, 14 maggio 2013, n. 11548, in *Guida al dir.*, 2013,

Corte di Cassazione. Civ. Sez. III, 27/03/2014, n. 7195 in *De jure*

Corte di Cassazione Civ. S.U. 22.07.2015 n.15350 in *De Jure*

Corte di Cassazione sez. III del 15.10.2015 n. 20895

Corte di Cassazione Sez. III, 4 febbraio 2016, n. 2167

Corte di Cassazione, 11 ottobre 2017, n. 23862, in *Guida al dir.* 2018,

Corte di Cassazione civ., 14 novembre 2017, n. 26822, in *Mass. Foro it*

Corte di Cassazione, sez. III, sentenza 09/03/2018 n. 5641 in *De jure*;

Corte di Cassazione, III sez. 19/03/2018, n.6688 in *De jure*

Corte di Cassazione, 23 marzo 2018, n. 7260 in *De Jure*

Corte di Cassazione, 20 novembre 2018, n. 29829, in *De Jure*;

Corte di Cassazione, sez. III, 11/11/2019, 28993, in *cortecostituzionale.it*

Corte di Cassazione civile sez. III, 15/04/2019, n.10424 in *De Jure*;

Corte di Cassazione civile sez. III, 29/04/2022, n.13509 in *De Jure*;

Cour de Cassation 14 dicembre 1965, in *Sem. jur.*, 1966, II, 14753 ;

Cour de Cassation Ire civ., 17 novembre 1969, *JCP* 1970 ;

Cour de Cassation. crim., 30 octobre 1979, in *Sem. jur.*, 1980, IV ;

*Cour de Cassation 2e civ., 3 déc. 1997 in Sem, Jur., 1998 ;*

Cour de Cassation, Chambre civile 2, du 24 juin 1999, in *legifrance.gouv*;

Hicks v. U.S. 368 F. 2d 626 (1966) in *openjurist.org*;

Hotson v. East Berkshire Area Health Authority 1987 2 A.E.R. 909 in *e-lawresources.co.uk*

Jeanes v. Milner, 428 F. 2d 598 (1970) in *casemine.com*;

O'Brien v. Stover, 443 F. 2d 1013 (1971) in *casemine.com*;



Supreme Court of Judicature, Hall v. Meyrich, [1957] EWCA Civ J0621-1 in *vlex.co.uk*;

Tribunale di Aosta, sent. 20/04/2021 n.115 in *De Jure*;

Tribunale di Arezzo, sent. del 3/04/2012 in *Corti di merito*

Tribunale di Arezzo, sent. 05/06/2013 n.881 in *De Jure*;

Tribunale di Arezzo, sent. 19/10/2015 n. 1143 in *De Jure*;

Tribunale di Arezzo, sent. 09/08/2016 n.930 in *Foro.it*;

Tribunale di Arezzo, sent. 27/06/2017 n.774 in *De Jure*;

Tribunale di Arezzo, sent. 0/08/2017 n.943 in *De Jure*;

Tribunale di Arezzo, sent. 12/03/2018 n. 298 in *Foro.it*;

Tribunale di Avellino, sent. 07/02/2017 n.227 in *De Jure*;

Tribunale di Avellino, sent. 06/07/2017 n. 774 in *Foro.it*;

Tribunale di Belluno, sent. 31/05/2018 n. 268 in *Corti di merito*;

Tribunale di Benevento, sent. 29/12/2017 n.2293 in *De Jure*;

Tribunale di Bergamo, sent. 02/04/2019 n.733 in *Foro.it*;

Tribunale di Busto Arsizio, sent.10/11/2009 in *De Jure*;

Tribunale di Como, sent. 23/06/2016 in *Corti di merito*;

Tribunale di Ferrara, sent. 18/06/2018 n.476 in *Giuremilia*;

Tribunale di Firenze, sent. 31/04/2014 in *De Jure*;

Tribunale di Firenze, sent. 24/01/2018 n. 208 in *Foro.it*;

Tribunale di Firenze, sent. 27/10/2020 n.2320 in *De Jure*;

Tribunale di Frosinone, sent. 01/07/2022 n. 595 in *Corti di merito*;

Tribunale di Larino, sent. 4/04/2013 in *De Jure*;

Tribunale di Latina, sent. 16/01/2016 in *Foro.it*;

Tribunale di Lecce 03/05/2021 n.1266 in *Corti di merito*;

Tribunale di Lecce, sent. 28/09/2021 n.2588 in *Foro.it*;

Tribunale di Lecce, sent. 24/11/2021 n.3194 in *Corti di merito*;

Tribunale di Livorno, sent. 22/06/2016 in *Foro.it*;

Tribunale di Livorno, sent. 19/03/2018 n.332 in *Corti di merito*;

Tribunale di Lucca, sent. 07/11/2014 n.1695 in *De Jure*;

Tribunale di Lucca, sent. 14/11/2018 n.1693 in *De Jure*;

Tribunale di Lucca, sent. 27/02/2019 n.304 in *De Jure*;

Tribunale di Lucca, sent.14/08/2020 n.733 in *Corti di merito*;

Tribunale di Napoli, sez. VIII, sent. 23/06/2016 n.5256 in *De Jure*;

Tribunale di Macerata, sent. 14/02/2018 n.7 in *Corti di merito*;

Tribunale di Milano, sent. 02/09/2008 in *De Jure*;

Tribunale di Milano, sent. 07/05/2012 n. 5223 in *Foro.it*;

Tribunale di Milano, sent. 28/12/2016 n.14161 in *Foro.it*;

Tribunale di Milano, sent. 04/11/2021 n.8965 in *De Jure*;

Tribunale di Milano 09/02/2022 n.1100 in *Foro.it*;

Tribunale di Modena, sent. 10/12/2016 n.1223 in *Foro.it*;

Tribunale di Monza, sent. 5/12/2017 in *Danno e resp.*

Tribunale di Palermo, sent. 27/07/2021 n.3173 in *Foro.it*;

Tribunale di Parma sent.751/2013 in *Corti di merito*;

Tribunale di Paola, sent. 08/05/2018 n.345 in *Corti di merito*;

Tribunale di Pisa, sent. 17/04/2015 n.589 in *Foro.it*;

Tribunale di Perugia, sent. 02/09/2019 n.1251 in *De Jure*;

Tribunale di Perugia, sent. 28/11/2019 n.1851 in *De Jure*;

Tribunale di Perugia, sent. 28/02/2020 n.332 in *De Jure*;

Tribunale di Ravenna, sent. 19/10/2016 n. 1223, in *De Jure*;

Tribunale di Reggio Emilia, sent. 03/01/2008 n.3 in *Giuremilvia*;

Tribunale di Rieti, sent. 10/02/2020 n.82 in *De Jure*;

Tribunale di Rimini, sent. 04/11/2016 in *Giuremilvia*;

Tribunale di Roma, sent. 13/001/2016 n.556 in *Foro.it*;

Tribunale di Roma, sent. 03/04/2020 n.5749 in *De Jure*;

Tribunale di Roma, sent. 24/07/2020 n.10944 in *Corti di merito*;

Tribunale di Santa Maria Capua, sent. 23/04/2020 n.967 in *De Jure*;

Tribunale di Torino, sent. 25/10/2021 n.4709 in *Foro.it*;

Tribunale di Torre Annunziata, sent. n.161 del 2018 in *De jure*;

Tribunale di Trento, sent. 27/12/2014 n.1202 in *De Jure*;

Tribunale di Trento, sent. 22/09/2016 n.893 in *Corti di merito*;

Tribunale di Trieste, sent. 15/05/2017 n.338 in *Foro.it*;

Tribunale di Udine, sent. 16/08/2018 n.1034 in *De Jure*;

Tribunale di Vasto, sent. 24/07/2020 in *Corti di merito*

## **The Student Paper Series of the Trento LawTech Research Group is published since 2010**

<http://lawtechnew.jus.unitn.it/main-menu/paper-series/student-paper-series-of-the-trento-lawtech-research-group/2/>

### **Freely downloadable papers already published:**

#### **STUDENT PAPER N.82**

JESSICA RIVA. La responsabilità civile da deficit organizzativo del sistema sanitario e l'emergenza pandemica: una comparazione fra Germania e Italia. Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 82. Trento: Università degli Studi di Trento

#### **STUDENT PAPER N. 81 La vaccinazione infausta fra tutela indennitaria e risarcitoria: infausta fra tutela indennitaria e risarcitoria: la gestione del danno da vaccino dopo la pandemia.**

VERONICA MAYRHOFER. La vaccinazione infausta fra tutela indennitaria e risarcitoria: la gestione del danno da vaccino dopo la pandemia, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 81. Trento: Università degli Studi di Trento

#### **STUDENT PAPER N. 80 La responsabilità civile per i veicoli a guida autonoma nell'ordinamento tedesco: spunti per il legislatore italiano**

ELENA TOGNON, La responsabilità civile per i veicoli a guida autonoma nell'ordinamento tedesco: spunti per il legislatore italiano, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 80. Trento: Università degli Studi di Trento.

#### **STUDENT PAPER N. 79 La tutela delle indicazioni geografiche per i prodotti non comparabili: il ruolo dei gruppi di produttori nella valorizzazione del segno**

MARTINA DURIGON, La tutela delle indicazioni geografiche per i prodotti non comparabili: il ruolo dei gruppi di produttori nella valorizzazione del segno, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 79. Trento: Università degli Studi di Trento.

#### **STUDENT PAPER N. 78**

##### **Il diritto alle prese con la vulnerabilità del turismo, fra guerra e persistente pandemia**

FRANCESCA ROMANA BARBA; GIACOMO MARTINO BELLUZZO; SEBASTIANO BORILE; MATTEO BUDELLINI; CHIARA BUOSI; WIKTOR BURIGO; PAOLO CAPOTI; SERENA CARRUBBA; ALESSANDRA CASAGRANDE; FEDERICO DE VINCENZO; EMILIA FASCINELLI; CATERINA FAVA; ANTONIO FERRARO; CAROLINA FILICE; ALESSIA GIZZARELLI; ARIANNA LANEVE; MATTIA LEONE; MARTINA LUCE; MATTEO MAIOLI; 227 ALESSANDRO MARRAS; SARA MATTÈ; ILARIA MELCHIORETTO; ALESSIO MIRA; GIULIA MOCANU; DANIELA NESPOLO; ALESSANDRO OLIVA; ELENA PAGLIAI; ALESSANDRO PALLAORO; SILVIA PEDROTTI; GIACOMO PILI; ALFIO RACITI; FRANCESCA RIZZI, SARA ROSSO; SARA SCARAMUZZA; MARTINO SERAFINI; ELISA

SERVIDIO; DENIS SOMMARIVA; CAROLA STEFENELLI; MARTINA TADDEI; JENNY TURRIN (2022), Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 78. Trento: Università degli Studi di Trento

#### **STUDENT PAPER N. 77**

##### ***L'enforcement* del diritto d'autore e la tutela dei dati personali: il nuovo art. 17 Dir. 2019/790**

NICCOLÒ BULLATO, *L'enforcement* del diritto d'autore e la tutela dei dati personali: il nuovo art. 17 Dir. 2019/790, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 77. Trento: Università degli Studi di Trento. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6630507>

#### **STUDENT PAPER N. 76**

##### **Il binomio «sport e salute» nella riforma del diritto dello sport: istituzioni, strutture, professionalità e responsabilità**

NICOLA INTRONA (2022), Il binomio «sport e salute» nella riforma del diritto dello sport: istituzioni, strutture, professionalità e responsabilità, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 76. Trento: Università degli Studi di Trento.

#### **STUDENT PAPER N. 75**

##### **La libertà di panorama: profili critici e spunti comparatistici**

CAROLINA BATTISTELLA (2022), La libertà di panorama: profili critici e spunti comparatistici, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 75. Trento: Università degli Studi di Trento. DOI: 10.5281/zenodo.6393008

#### **STUDENT PAPER N. 74**

##### **The role of copyright in innovation: a comparative analysis of the legal framework of text and data mining**

EUGENIO DE BIASI (2022), The role of copyright in innovation: a comparative analysis of the legal framework of text and data mining, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 74. Trento: Università degli Studi di Trento. DOI: 10.5281/ZENODO.5897183

#### **STUDENT PAPER N. 73**

##### **Risarcimento del danno da violazione dei diritti di proprietà intellettuale e retroversione degli utili. Un'analisi comparata**

FEDERICO BRUNO (2022), Risarcimento del danno da violazione dei diritti di proprietà intellettuale e retroversione degli utili. Un'analisi comparata, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 73. Trento: Università degli Studi di Trento. DOI: 10.5281/zenodo.5878282

#### **STUDENT PAPER N. 72**

##### **Eccezioni e limitazioni al diritto d'autore nell'Unione Europea: profili critici e spunti comparatistici applicati al settore GLAM alla luce dell'emergenza Covid-19**

ELEONORA MARONI (2021), Eccezioni e limitazioni al diritto d'autore nell'Unione Europea: profili critici e spunti comparatistici applicati al settore GLAM alla luce dell'emergenza Covid-19, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 72. Trento: Università degli Studi di Trento. DOI:10.5281/zenodo.587821

#### **STUDENT PAPER N. 71**

##### **L'animal welfare nelle filiere alimentari: etichettatura e certificazioni**

ZANON MIRIANA (2021), L'animal welfare nelle filiere alimentari: etichettatura e certificazioni, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 71. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN:978-88-8443-959-8

#### **STUDENT PAPER N. 70**

##### **Aggiornamenti di diritto agroalimentare nella riflessione dottrinale angloamericana**

ANADOTTI, ELENA; DI GIOVANNI, SILVIA; FREZZA, ANNA CAROLINA; HOSSU, LORENA PATRICIA; MARCONATO, ELENA; NOSCHESI, ANGELA; PENDENZA, ALICE; PEPE, FRANCESCO; PIEROBON, VALERIA; POLI, ELISA; PURITA, CLAUDIA; RAFFA, DJAMILA; ROTONDI, SERGIO ANDREA; SANTOLIN, GAIA –a cura di IZZO, UMBERTO; FERRARI, MATTEO (2021), Aggiornamenti di diritto agroalimentare nella riflessione dottrinale angloamericana, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 70. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN:978-88-8443-958-1

#### **STUDENT PAPER N. 69**

##### **Diritto del turismo e Covid-19: cosa è cambiato nella seconda estate pandemica**

ANGIARI, YOUSSEF; ARZARELLO, ANDREA; AZILI, FEDERICO; BONOMELLI, CHIARA; BUBBOLA, IRENE; CADAMURO, CLAUDIA; CARRETTA, ANNA; CONDOTTA, ALESSANDRO; DA PRATO, MARIKA; DAL TOSO, VIRGINIA; DE AGOSTINI, FILIPPO; DE FRANCESCHI, SERENA; DELL'ÉVA, MARTINA; DELMARCO, MARTINA; DELLA MURA, MARCO; DI MASCIÒ, FRANCESCA; FIUTEM, LORENZO; GENNARA, GIULIA; INNOCENTI, ALBERTO; LORIERI, ANNA; MAFFEI, BEATRICE; MARCOLINI, ALESSIA; MANZO, ARIANNA; MINERVINI, MONICA MARIA; MURESAN, ANAMARIA ELENA; NARDIN, NICOLÒ; PAISSAN, FILIPPO; PAISSAN, INGMAR; PANERO, MARTINA; PAVALEANU, CRISTIAN; RIZ, FRANCESCA; SCARSELLA, ALESSIA; SCODANIBBIO, GIULIA; SORRENTINO, MARIAROSA; TUCCI, GIULIANA; VIGNOLI, MARTINA; ZACCARIN, STEPHANIE; ZUCAL, SARA; IZZO, UMBERTO (a cura di) (2021), Diritto del turismo e Covid-19: cosa è cambiato nella seconda estate pandemica, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 69. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN:978-88-8443-954-

#### **STUDENT PAPER N. 68**

##### **La protezione dei dati relativi alla salute nell'era dei Big Data. Un'analisi sulla sanità digitale in dialogo tra diritto e tecnologia**

LIEVORE ANNA (2021), La protezione dei dati relativi alla salute nell'era dei Big Data. Un'analisi sulla sanità digitale in dialogo tra diritto e tecnologia, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 68. Trento: Università degli Studi di Trento. 978-88-8443-903-1

#### **STUDENT PAPER N. 67**

##### **«Cuius commoda, eius et incommoda»: l'art. 2049 del codice civile nella gig economy**

PILZER LARA (2021), «Cuius commoda, eius et incommoda»: l'art. 2049 del codice civile nella gig economy, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 67. Trento: Università degli Studi di Trento. 978-88-8443-946-8

#### **STUDENT PAPER N. 66**

##### **La responsabilità sanitaria nel post covid-19: scenari e proposte per affrontare il contenzioso**

PRIMICERI GIORGIA (2021), La responsabilità sanitaria nel post Covid-19: scenari e proposte per affrontare il contenzioso, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 66. Trento: Università degli Studi di Trento. 978-88-8443-945-1

#### **STUDENT PAPER N. 65**

##### **Legal design e sanità digitale: un innovativo approccio per favorire la tutela dei dati personali**

FRANCESCO TRAVERSO (2021), Legal design e sanità digitale: un innovativo approccio per favorire la tutela dei dati personali, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 65. Trento: Università degli Studi di Trento. 978-88-8443-943-7

#### **STUDENT PAPER N. 64**

##### **L'appropriazionismo artistico nell'arte visuale: una comparazione tra Italia e Stati Uniti**

LAURA DI NICOLA (2021), L'appropriazionismo artistico nell'arte visuale: una comparazione tra Italia e Stati Uniti, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 64. Trento: Università degli Studi di Trento. 978-88-8443-942-0

#### **STUDENT PAPER N. 63**

##### **Il disegno industriale e la moda tra disciplina dei disegni e modelli e normativa sul diritto d'autore**

MARGHERITA RUDIAN (2021), Il disegno industriale e la moda tra disciplina dei disegni e modelli e normativa sul diritto d'autore, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 63. Trento: Università degli Studi di Trento. 978-88-8443-941-3

#### **STUDENT PAPER N. 62**

##### **Sistemi decisionali automatizzati e tutela dei diritti: tra carenza di trasparenza ed esigenze di bilanciamento**

IRENE TERENCE (2021), Sistemi decisionali automatizzati e tutela dei diritti: tra carenza di trasparenza ed esigenze di bilanciamento, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 62. Trento: Università degli Studi di Trento. 978-88-8443-940-6

#### **STUDENT PAPER N. 61**

##### **Unfair trading practices in the business-to-business food supply chain between public and private regulation**

MARIA VITTORIA BORGHETTO (2020), Unfair Trading Practices in the Business-to-Business Food Supply Chain Between Public and Private Regulation, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 61. Trento: Università degli Studi di Trento. 978-88-8443-933-8

#### **STUDENT PAPER N. 60**

##### **PFAS e inquinamento delle falde acquifere venete: la tutela civilistica fra danno ambientale e azioni risarcitorie collettive**

VERONICA RAISA (2020), PFAS e inquinamento delle falde acquifere venete: la tutela civilistica fra danno ambientale e azioni risarcitorie collettive, Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 60. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978

**STUDENT PAPER N. 59**

**Il turismo alla prova del covid-19: una ricerca interdisciplinare: da quali dati partire e quali risposte dare alla più grande crisi che il comparto turistico abbia mai affrontato**

UMBERTO IZZO (a cura di), Autori: ANDREATTA, GIULIA; ANDREOLI, ELISA; ARDU, SIMONE; BORTOLOTTI, FABIO; BRUZZO, PIERLUIGI; CALZOLARI, GIULIA; CAMPOS SANTOS, DIEGO; CARLINO, PIETRO; CAVALLERA, LORENZO; CEPAROTTI, GIACOMO; CIABRELLI, ANTONIA; DALLE PALLE, GIORGIA; DAPRÀ, VALENTINA; DE SANTIS, DIEGO; FAVARO, SILVIA; FAVERO, ELEONORA; FERRARI, LAURA; GATTI, VERONICA; GAZZI, CHRISTIAN; GISMONDO, MARIANNA; GIUDICEANDREA, ANNA; GUIDA, GIOVANNI; INCARNATO, ANDREA; MARANER, ROBERTA; MICHELI, MARTA; ELENA MORARASU, LAURA; CHIARA NARDELLI, MARIA; PALLOTTA, EMANUELE; PANICHI, NICCOLÒ; PELLIZZARI, LAURA; PLAKSII, ANDRII; RANIERO, SAMANTHA; REGNO SIMONCINI, EMANUELE; RUSSO, SARA; SCHIAVONE, SARA; SERAFINO, ANTONIO; SILENZI, LUCA; TIRONZELLI, ELENA; PEGGY TSAFACK, CYNTHIA; VIGLIOTTI, AYLÀ; ZINETTI, GIULIA, Il turismo alla prova del Covid-19: una ricerca interdisciplinare: da quali dati partire e quali risposte dare alla più grande crisi che il comparto turistico abbia mai affrontato, Trento Law and Technology Research Group, Student Paper Series; 59. Trento: Università degli Studi di Trento. 978-88-8443-903-1

**STUDENT PAPER N. 58**

**La responsabilità dell'internet service provider alla luce della nuova direttiva sul diritto d'autore nel mercato unico digitale**

LAURA CAMARELLA (2020), La responsabilità dell'Internet Service Provider alla luce della nuova direttiva sul diritto d'autore nel mercato unico digitale, Student Paper Series; 58. Trento: Università degli Studi di Trento. 978-88-8443-893-5

**STUDENT PAPER N. 57**

**Rischio idrogeologico e responsabilità civile**

CATERINA ROBERTI (2020), Rischio idrogeologico e responsabilità civile, Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 57. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-891-1

**STUDENT PAPER N. 56**

**Assistente vocale e dati sanitari. Le sfide dell'intelligenza artificiale alla luce del Regolamento (UE) n. 2016/679**

LIVIA PETRUCCI (2020), Assistente vocale e dati sanitari. Le sfide dell'intelligenza artificiale alla luce del regolamento (UE) N. 2016/679, Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 56. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978 88 8443 888 1

**STUDENT PAPER N. 55**

**The Legal Dimension of Energy Security in EU Law**

ANDREAS SCHMIEDHOFER (2020), The legal dimensions of energy security in EU law, Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 55. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978 88 8443 888 1



**STUDENT PAPER N. 54**

**Macchine intelligenti che creano ed inventano. Profili e rilievi critici del nuovo rapporto tra intelligenza artificiale e diritti di proprietà intellettuale.**

LAURA TREVISANELLO (2020), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 54. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-887-4

**STUDENT PAPER N. 53**

**La protezione delle indicazioni geografiche: il sistema europeo e il sistema cinese a confronto**

MARTA COGO (2019), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 53. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-856-0

**STUDENT PAPER N. 52**

**Responsabilità civile e prevenzione dell'abuso interpersonale, fra molestie sessuali e bullismo**

FRANCESCA PERETTI (2019), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 52. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-856-0

**STUDENT PAPER N. 51**

**Blockchain, Smart Contract e diritto d'autore nel campo della musica**

FRANCESCO FAGLIA (2019), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 51. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-855-3

**STUDENT PAPER N. 50**

**Regole per l'innovazione: responsabilità civile e assicurazione di fronte all'auto a guida (progressivamente) autonoma**

FILIPPO ZEMIGNANI (2019), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 50. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-850-8

**STUDENT PAPER N. 49**

**Unravelling the nexus between food systems and climate change: a legal analysis. A Plea for smart agriculture, a "new" organic agriculture and a wiser use of biotechnologies in the name of human rights protection**

ALESSANDRA TELCH (2019), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 49. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-842-3

**STUDENT PAPER N. 48**

**Wireless community networks e responsabilità extracontrattuale**

CHIARA VIDORNI (2019), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 48. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-841-6

**STUDENT PAPER N. 47**

**Proprietà intellettuale e scienza aperta: il caso studio del Montreal Neurological Institute**

GIOVANNA CASSIN (2019), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 47. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-835-5

#### **STUDENT PAPER N. 46**

##### **Il “ciclista previdente” che si scontrò due volte: con un'auto e col principio indennitario applicato all'assicurazione infortuni,**

CHRISTOPH SIMON THUN HOHENSTEIN WELSPERG (2019), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 46. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-834 8

#### **STUDENT PAPER N. 45**

##### **«Errare humanum est». L'errore nel diritto tra intenzionalità, razionalità ed emozioni**

LEILA BENSALAH (2018), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 45. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-829-4

#### **STUDENT PAPER N. 44**

##### **La gestione del rischio fitosanitario nel diritto agroalimentare europeo ed italiano: il caso Xylella**

Marina De Nobili (2018), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 44. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-828-7

#### **STUDENT PAPER N. 43**

##### **Mercato agroalimentare e disintermediazione: la dimensione giuridica della filiera corta**

Orlandi Riccardo (2018), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 43. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-827-0

#### **STUDENT PAPER N. 42**

##### **Causa, meritevolezza degli interessi ed equilibrio contrattuale**

PULEJO, CARLO ALBERTO (2018), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 42. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-810-2

#### **STUDENT PAPER N. 41**

##### **Graffiti, street art e diritto d'autore: un'analisi comparata**

GIORDANI, LORENZA (2018), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 41. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-809-6

#### **STUDENT PAPER N. 40**

##### **Volo da diporto o sportivo e responsabilità civile per l'esercizio di attività pericolose**

MAESTRINI, MATTIA (2018), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 40. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-784-6

#### **STUDENT PAPER N. 39**

##### **“Attorno al cibo”. Profili giuridici e sfide tecnologiche dello Smart Packaging in campo alimentare**

BORDETTO, MATTEO (2018), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 39. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-795-2

**STUDENT PAPER N. 38****Kitesurf e responsabilità civile**

RUGGIERO, MARIA (2018), Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 38. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-793-8

**STUDENT PAPER N. 37****Giudicare e rispondere. La responsabilità civile per l'esercizio della giurisdizione in Italia, Israele e Spagna**

MENEGHETTI HISKENS, SARA (2017), Giudicare e rispondere. La responsabilità civile per l'esercizio della giurisdizione in Italia, Israele e Spagna, Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 37. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-778-5

**STUDENT PAPER N. 36****Il diritto in immersione: regole di sicurezza e responsabilità civile nella subacquea**

CAPUZZO, MARTINA (2017), Il diritto in immersione: regole di sicurezza e responsabilità civile nella subacquea, Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 36. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-775-4

**STUDENT PAPER N. 35****La privacy by design: un'analisi comparata nell'era digitale**

BINCOLETTI, GIORGIA (2017), La privacy by design: un'analisi comparata nell'era digitale, Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 35. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-733-4

**STUDENT PAPER N. 34****La dimensione giuridica del Terroir**

BERTINATO, MATTEO (2017), La dimensione giuridica del Terroir, Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 34. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-728-0

**STUDENT PAPER N. 33****La gravità del fatto nella commisurazione del danno non patrimoniale: un'indagine (anche) nella giurisprudenza di merito**

MARISELLI, DAVIDE (2017), La gravità del fatto nella commisurazione del danno non patrimoniale: un'indagine (anche) nella giurisprudenza di merito, Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 33. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN: 978-88-8443-727-3

**STUDENT PAPER N. 32****«Edible insects». L'Entomofagia nel quadro delle nuove regole europee sui novel foods**

TASINI, FEDERICO (2016), «Edible insects». L'Entomofagia nel quadro delle nuove regole europee sui novel foods = «Edible Insects»: Entomophagy in light of the new European Legislation on novel Foods, Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 32. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN 978-88-8443-709-9

### **STUDENT PAPER N. 31**

#### **L'insegnamento dello sci: responsabilità civile e assicurazione per danni ad allievi o a terzi**

TAUFER FRANCESCO (2016), L'insegnamento dello sci: responsabilità civile e assicurazione per danni ad allievi o a terzi, Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 31. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN 978-88-8443-697-9

### **STUDENT PAPER N. 30**

#### **Incrocio tra Contratti e Proprietà Intellettuale nella Innovazione Scientifica e tecnologica: il Modello del Consortium Agreement europeo**

MAGGIOLO ANNA (2016), Incrocio tra Contratti e Proprietà Intellettuale nella Innovazione Scientifica e tecnologica: il Modello del Consortium Agreement europeo, Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 30. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN 978-88-8443-696-2

### **STUDENT PAPER N. 29**

#### **La neutralità della rete**

BIASIN, ELISABETTA (2016) La neutralità della rete, Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 29. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN 978-88-8443-693-1

### **STUDENT PAPER N. 28**

#### **Negotiation Bases and Application Perspectives of TTIP with Reference to Food Law**

ACERBI, GIOVANNI (2016) Negotiation Bases and Application Perspectives of TTIP with Reference to Food Law. The Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 28. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN 978-88-8443-563-7

### **STUDENT PAPER N. 27**

#### **Privacy and Health Data: A Comparative analysis**

FOGLIA, CAROLINA (2016) Privacy and Health Data: A Comparative analysis. The Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 27. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN 978-88-8443-546-0

### **STUDENT PAPER N. 26**

#### **Big Data: Privacy and Intellectual Property in a Comparative Perspective**

SARTORE, FEDERICO (2016) Big Data: Privacy and Intellectual Property in a Comparative Perspective. The Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 26. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN 978-88-8443-534-7

### **STUDENT PAPER N. 25**

#### **Leggere (nel)la giurisprudenza: 53 sentenze inedite in tema di responsabilità civile nelle analisi di 53 annotatori in formazione = Reading (in) the caselaw: 53 unpublished judgements dealing with civil liability law analyzed with annotations and comments by 53 students during their civil law course**

REMO ANDREOLLI, DALILA MACCIONI, ALBERTO MANTOVANI, CHIARA MARCHETTO, MARIASOLE MASCHIO, GIULIA MASSIMO, ALICE MATTEOTTI, MICHELE MAZZETTI, PIERA MIGNEMI, CHIARA MILANESE, GIACOMO MINGARDO, ANNA LAURA MOGETTA, AMEDEO

MONTI, SARA MORANDI, BENEDETTA MUNARI, EDOARDO NADALINI, SERENA NANNI, VANIA ODORIZZI, ANTONIA PALOMBELLA, EMANUELE PASTORINO, JULIA PAU, TOMMASO PEDRAZZANI, PATRIZIA PEDRETTI, VERA PERRICONE, BEATRICE PEVARELLO, LARA PIASERE, MARTA PILOTTO, MARCO POLI, ANNA POLITO, CARLO ALBERTO PULEJO, SILVIA RICCAMBONI, ROBERTA RICCHIUTI, LORENZO RICCO, ELEONORA RIGHI, FRANCESCA RIGO, CHIARA ROMANO, ANTONIO ROSSI, ELEONORA ROTOLA, ALESSANDRO RUFFINI, DENISE SACCO, GIULIA SAKZI, CHIARA SALATI, MATTEO SANTOMAURO, SILVIA SARTORI, ANGELA SETTE, BIANCA STELZER, GIORGIA TRENTINI, SILVIA TROVATO, GIULIA URBANIS, MARIA CRISTINA URBANO, NICOL VECCARO, VERONICA VILLOTTI, GIULIA VISENTINI, LETIZIA ZAVATTI, ELENA ZUCCHI (2016) *Leggere (nel)la giurisprudenza: 53 sentenze inedite in tema di responsabilità civile nelle analisi di 53 annotatori in formazione = Reading (in) the caselaw: 53 unpublished judgments dealing with civil liability law analyzed with annotations and comments by 53 students during their civil law course. The Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 25. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN 978-88-8443-626-9*

#### **STUDENT PAPER N. 24**

##### **La digitalizzazione del prodotto difettoso: stampa 3D e responsabilità civile= The Digital Defective Product: 3D Product and Civil Liability**

CAERAN, MIRCO (2016) *La digitalizzazione del prodotto difettoso: stampa 3D e responsabilità civile = The Digital Defective Product: 3D Product and Civil Liability. The Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 24. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN 978-88-8443-663-4*

#### **STUDENT PAPER N. 23**

##### **La gestione della proprietà intellettuale nelle università australiane = Intellectual Property Management in Australian Universities**

CHIARUTTINI, MARIA OTTAVIA (2015) *La gestione della proprietà intellettuale nelle università australiane = Intellectual Property Management in Australian Universities. The Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 23. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN 978-88-8443-626-9*

#### **STUDENT PAPER N. 22**

##### **Trasferimento tecnologico e realtà locale: vecchie problematiche e nuove prospettive per una collaborazione tra università, industria e territorio = Technology Transfer and Regional Context: Old Problems and New Perspectives for a Sustainable Co-operation among University, Entrepreneurship and Local Economy**

CALGARO, GIOVANNI (2013) *Trasferimento tecnologico e realtà locale: vecchie problematiche e nuove prospettive per una collaborazione tra università, industria e territorio. The Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 22. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN 978-88-8443-525-5*

#### **STUDENT PAPER N. 21**

##### **La responsabilità dell'Internet Service Provider per violazione del diritto d'autore: un'analisi comparata = Internet Service Provider liability and copyright infringement: a comparative analysis.**

IMPERADORI, ROSSELLA (2014) *La responsabilità dell'Internet Service Provider per violazione*

*del diritto d'autore: un'analisi comparata*. Trento Law and Technology Research Group. Student Paper; 21. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN 978-88-8443-572-9

#### **STUDENT PAPER N. 20**

##### **Open innovation e patent: un'analisi comparata = Open innovation and patent: a comparative analysis**

PONTI, STEFANIA (2014) *Open innovation e patent: un'analisi comparata*. The Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 20. Trento: Università degli Studi di Trento. ISBN 978-88-8443-573-6

#### **STUDENT PAPER N. 19**

##### **La responsabilità civile nell'attività sciistica**

CAPPA, MARISA (2014) *La responsabilità civile nell'attività sciistica = Ski accidents and civil liability*. Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series, 19. Trento: Università degli Studi di Trento.

#### **STUDENT PAPER N. 18**

##### **Biodiversità agricola e tutela degli agricoltori dall'Hold-Up brevettuale: il caso degli OGM**

TEBANO, GIANLUIGI (2014) *Biodiversità agricola e tutela degli agricoltori dall'Hold-Up brevettuale: il caso degli OGM = Agricultural Biodiversity and the Protection of Farmers from patent Hold-Up: the case of GMOs*. Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 18. Trento: Università degli Studi di Trento.

#### **STUDENT PAPER N. 17**

##### **Produrre e nutrirsi "bio": analisi comparata del diritto degli alimenti biologici**

MAFFEI, STEPHANIE (2013) *Produrre e nutrirsi "bio" : analisi comparata del diritto degli alimenti biologici = Producing and Eating "Bio": A Comparative Analysis of the Law of Organic Food*. Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 17. Trento: Università degli Studi di Trento.

#### **STUDENT PAPER N. 16**

##### **La tutela delle indicazioni geografiche nel settore vitivinicolo: un'analisi comparata = The Protection of Geographical Indications in the Wine Sector: A Comparative Analysis**

SIMONI, CHIARA (2013) *La tutela delle indicazioni geografiche nel settore vitivinicolo: un'analisi comparata*. The Trento Law and Technology Research Group. Student Papers Series; 16. Trento: Università degli Studi di Trento. Facoltà di Giurisprudenza.

#### **STUDENT PAPER N. 15**

##### **Regole di sicurezza e responsabilità civile nelle attività di mountain biking e downhill montano**

SALVADORI, IVAN (2013) *Regole di sicurezza e responsabilità civile nelle attività di mountain biking e downhill montano*. Trento Law and Technology Research Group. Student Paper; 15. Trento: Università degli Studi di Trento.

#### **STUDENT PAPER N. 14**

##### **Plagio, proprietà intellettuale e musica: un'analisi interdisciplinare**

VIZZIELLO, VIVIANA (2013) Plagio, proprietà intellettuale e musica: un'analisi interdisciplinare. Trento Law and Technology Research Group. Student Paper; 14. Trento: Università degli Studi di Trento.

#### **STUDENT PAPER N.13**

##### **The Intellectual Property and Open-Source Approaches to Biological Material**

CARVALHO, ALEXANDRA (2013) The Intellectual Property and Open-Source Approaches to Biological Material. Trento Law and Technology Research Group. Student Paper Series; 13. Trento: Università degli Studi di Trento.

#### **STUDENT PAPER N.12**

##### **Per un'archeologia del diritto alimentare: 54 anni di repertori giurisprudenziali sulla sicurezza e qualità del cibo (1876-1930)**

TRESTINI, SILVIA (2012) Per un'archeologia del diritto alimentare: 54 anni di repertori giurisprudenziali sulla sicurezza e qualità del cibo (1876-1930) = For an Archeology of Food Law: 54 Years of Case Law Collections Concerning the Safety and Quality of Food (1876-1930). The Trento Law and Technology Research Group. Student Papers Series, 12.

#### **STUDENT PAPER N.11**

##### **Dalle Alpi ai Pirenei: analisi comparata della responsabilità civile per attività turistico-ricreative legate alla montagna nel diritto italiano e spagnolo**

PICCIN, CHIARA (2012) Dalle Alpi ai Pirenei: analisi comparata della responsabilità civile per attività turistico-ricreative legate alla montagna nel diritto italiano e spagnolo = From the Alps to the Pyrenees: Comparative Analysis of Civil Liability for Mountain Sport Activities in Italian and Spanish Law. The Trento Law and Technology Research Group. Student Papers Series, 11.

#### **STUDENT PAPER N.10**

##### **Copynorms: Norme Sociali e Diritto d'Autore**

PERRI, THOMAS (2012) Copynorms: Norme Sociali e Diritto d'Autore = Copynorms: Social Norms and Copyright. Trento Law and Technology Research Group. Students Paper Series, 10

#### **STUDENT PAPER N. 9**

##### **L'export vitivinicolo negli Stati Uniti: regole di settore e prassi contrattuali con particolare riferimento al caso del Prosecco**

ALESSANDRA ZUCCATO (2012), L'export vitivinicolo negli Stati Uniti: regole di settore e prassi contrattuali con particolare riferimento al caso del Prosecco = Exporting Wines to the United States: Rules and Contractual Practices with Specific Reference to the Case of Prosecco. Trento: Università degli Studi di Trento (Trento Law and Technology Research Group. Students Paper Series 9)

#### **STUDENT PAPER N.8**

##### **Equo compenso e diritto d'autore: un'analisi comparata = Fair Compensation and Author's Rights: a Comparative Analysis.**



RUGGERO, BROGI (2011) Equo compenso e diritto d'autore: un'analisi comparata = Fair Compensation and Author's Rights: a Comparative Analysis. Trento: Università degli Studi di Trento (TrentoLawand Technology Research Group. Student Papers Series, 8)

#### **STUDENT PAPER N.7**

##### **Evoluzione tecnologica e mutamento del concetto di plagio nella musica**

TREVISAN, ANDREA (2012) Evoluzione tecnologica e mutamento del concetto di plagio nella musica = Technological evolution and change of the notion of plagiarism in music Trento: Università degli Studi di Trento (Trento Law and Technology Research Group. Students Paper Series 7)

#### **STUDENT PAPER N.6**

##### **Il trasferimento tecnologico università-imprese: profili giuridici ed economici**

SIRAGNA, SARA (2011) Il trasferimento tecnologico università-imprese: profili giuridici ed economici = University-Enterprises Technological Transfer: Legal and Economic issues Trento: Università degli Studi di Trento (Trento Law and Technology Research Group. Students Paper Series 6)

#### **STUDENT PAPER N.5**

##### **Conciliare la responsabilità medica: il modello "generalista" italiano a confronto col modello "specializzato" francese**

GUERRINI, SUSANNA (2011) Conciliare la responsabilità medica: il modello "generalista" italiano a confronto col modello "specializzato" francese = Mediation & Medical Liability: The Italian "General Approach" Compared to the Specialized Model Applied in France. Trento: Università degli Studi di Trento (Trento Law and Technology Research Group. Students Paper Series 5)

#### **STUDENT PAPER N.4**

##### **"Gun Control" e Responsabilità Civile: una comparazione fra Stati Uniti e Italia**

PODETTI, MASSIMILIANO (2011) "Gun Control" e Responsabilità Civile: una comparazione fra Stati Uniti e Italia = Gun Control and Tort Liability: A Comparison between the U.S. and Italy Trento: Università degli Studi di Trento. (Trento Law and Technology Research Group. Students Paper Series 4)

#### **STUDENT PAPER N.3**

##### **Smart Foods e Integratori Alimentari: Profili di Regolamentazione e Responsabilità in una comparazione tra Europa e Stati Uniti**

TOGNI, ENRICO (2011) Smart Foods e Integratori Alimentari: Profili di Regolamentazione e Responsabilità in una comparazione tra Europa e Stati Uniti = Smart Foods and Dietary Supplements: Regulatory and Civil Liability Issues in a Comparison between Europe and United States Trento: Università degli Studi di Trento - (Trento Law and Technology Research Group. Students Paper Series; 3)

#### **STUDENT PAPER N.2**

##### **Il ruolo della responsabilità civile nella famiglia: una comparazione tra Italia e Francia**

SARTOR, MARTA (2010) Il ruolo della responsabilità civile nella famiglia: una comparazione tra Italia e Francia = The Role of Tort Law within the Family: A Comparison between Italy and



France Trento: Università degli Studi di Trento - (Trento Law and Technology Research Group. Students Paper Series; 2)

#### **STUDENT PAPER N.1**

##### **Tecnologie belliche e danno al proprio combattente: il ruolo della responsabilità civile in una comparazione fra il caso statunitense dell'Agent Orange e il caso italiano dell'uranio impoverito**

RIZZETTO, FEDERICO (2010) Tecnologie belliche e danno al proprio combattente: il ruolo della responsabilità civile in una comparazione fra il caso statunitense dell'Agent Orange e il caso italiano dell'uranio impoverito = War Technologies and Home Soldiers Injuries: The Role of Tort Law in a Comparison between the American "Agent Orange" and the Italian "Depleted Uranium" Litigations, Trento: Università degli Studi di Trento - (Trento Law and Technology Research Group. Students Paper Series; 1)