



Colpa omissiva fra medico e ospedale: cambia il nesso causale, ecco i paletti

Gli ermellini citano Aristotele: basta la mera probabilità

di

Antonio Pullatti*

Sul nesso causale in materia di responsabilità dei medici e delle strutture sanitarie la Cassazione fa chiarezza con la sentenza 7997/05 (pubblicata a p. 25).

Anche nel nostro Paese, infatti, va accumulandosi un preoccupante contenzioso tra utenti e medici, pericoloso per le ripercussioni che determina sulla professione e sulla società. Quando si parla di errore occorre poter discernere tra l'errore che nasce da imperizia, negligenza e imprudenza, da quello che può derivare dalla imprevedibilità. Bisogna ancora valutare, poi, quanta parte dell'«errore» derivi dal comportamento del sanitario e quanta, invece, dalla mancanza di mezzi idonei a disposizione, dallo stato delle strutture, da una errata e non consapevole conoscenza da parte del medico delle reali condizioni del paziente.

L'EVOLUZIONE GIURISPRUDENZIALE

La giurisprudenza degli ultimi anni non è immune da contraddizioni, ma ha comunque precisato e ribadito nell'ultimo decennio la natura contrattuale della responsabilità dell'ente gestore del servizio sanitario e dello stesso medico dipendente (Cassazione 589/99, 12233/98). La responsabilità, infatti, può essere contrattuale - cioè derivante da un vero e proprio contratto - ovvero extracontrattuale, ossia derivante dal principio generale del *neminem laedere* ex articolo 2043 Cc, se-

condo cui qualunque fatto colposo o doloso che cagiona ad altri un danno ingiusto obbliga colui che ha commesso il fatto al risarcimento dei danni.

La Corte in passato ha sostenuto che per la sussistenza della responsabilità professionale del medico ospedaliero, a seguito di intervento chirurgico, è necessario preliminarmente, secondo i principi generali di cui all'articolo 2697 Cc, che il paziente dimostri il nesso di causalità tra l'evento lesivo della sua salute e la condotta del medico (Cassazione, terza sezione, 2044/00).

Se il giudice del merito ritiene mancante tale prova, viene meno la necessità di accertare se vi sia prestazione del consenso da parte del paziente e se l'esecuzione dell'intervento sia facile e abituale, ovvero implichi la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà.

Tradizionalmente l'obbligazione del professionista intellettuale - e quindi quella del medico - è un'obbligazione di mezzi, non potendosi pretendere soprattutto nel campo della medicina un preciso risultato. Ma va detto che di frequente la prestazione medica viene quasi equiparata a un'obbligazione di risultato in particolar modo nell'ambito della chirurgia estetica (Cassazione 10014/94), dell'attività odontoiatrica e anche nel caso di un intervento di sterilizzazione non riuscito (Cassazione 9617/99). Ne deriva che in caso di intervento di ordinaria difficoltà, la responsabilità si presume sulla base del semplice risultato peggiorativo delle condizioni iniziali del

paziente. Se astenersi da certe attività potrebbe sembrare l'ipotesi migliore per evitare d'incorrere in responsabilità (cosiddetta "medicina difensiva"), in realtà anche un comportamento omissivo può dar luogo a responsabilità.

La Cassazione ha ricostruito il concetto di nesso di causalità tra condotta omissiva ed evento in riferimento alla responsabilità professionale del medico (Sezioni unite penali, sentenza 30328/02). In tema di responsabilità per colpa professionale omissiva del sanitario, per poter affermare sussistente il nesso causale, è necessaria al riguardo la «certezza processuale», che deve essere desunta dal giudice valorizzando tutte le circostanze del caso concreto, secondo un procedimento logico (analogo a quello seguito allorquando si tratta di valutare la prova indiziaria, la cui disciplina è dettata dal comma 2 dell'articolo 192 del Cpp) che consenta di poter ricollegare un evento a una condotta omissiva «al di là di ogni ragionevole dubbio» (vale a dire con «alto o elevato grado di credibilità razionale»).

Nel reato colposo omissivo improprio il rapporto di causalità tra omissione ed evento non può ritenersi sussistente sulla base del solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato alla stregua di un giudizio di alta probabilità logica: esso è configurabile solo se si accerti che, ipotizzandosi come avvenuta l'azione che sarebbe stata doverosa ed esclusa l'interferenza di fattori alternativi, l'evento, con elevato grado di credibilità razionale, non avrebbe avuto luogo ov-



Puliatti - Colpa medica e responsabilità fra operatori e strutture



vero avrebbe avuto luogo in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva.

In tema di colpa professionale medica, specie con riferimento ai comportamenti omissivi, nella giurisprudenza di legittimità si è registrata una notevole evoluzione. In epoca meno recente è stato affermato che a far ritenere la sussistenza del rapporto causale «quando è in gioco la vita umana anche solo poche probabilità di successo sono sufficienti»

(quarta sezione, 4320/83). In altra occasione la Suprema corte aveva affermato che «in tema di responsabilità per colpa professionale del medico, se può essere consentito il ricorso a un giudizio di probabilità in ordine alla prognosi sugli effetti che avrebbe potuto avere, se tenuta, la condotta dovuta, è necessario che l'esistenza del nesso causale venga riscontrata con sufficiente grado di certezza, se non assoluta, almeno con un grado tale da fondare su basi solide un'affermazione di responsabilità, non essendo sufficiente a tal fine un giudizio di mera verosimiglianza» (quarta sezione 10437/93).

QUELLA SVOLTA DI CINQUE ANNI FA

Poi la prevalente giurisprudenza ha costantemente posto l'accento sulle «serie e rilevanti (o apprezzabili) possibilità di successo», sull'«alto grado di possibilità» ed espressioni simili (quarta sezione 1126/00). Alla fine del 2000 la Suprema corte in due occasioni - quarta sezione, 28 settembre 2000, Musto, e quarta sezione, 29 novembre 2000, Baltrocchi - ha sostanzialmente rivisto *ex novo* la questione, rilevando che «il problema del significato da attribuire alla espressione "con alto grado di probabilità" non può essere risolto se non attribuendo all'espressione il valore, il significato che le attribuisce la scienza e, prima ancora, la logica cui la scienza si ispira». È stato affermato, quindi, che dire «alto grado di

probabilità», «altissima percentuale», «numero sufficientemente alto di casi», voglia dire che, in tanto il giudice può affermare che una azione oppure un'omissione sono state causa di un evento, in quanto possa effettuare il giudizio controfattuale avvalendosi di una legge o proposizione scientifica che «enuncia una connessione tra eventi in una percentuale vicina a cento», realizzando quella «probabilità vicina alla certezza».

È stato evidenziato come una percentuale statistica pur alta possa non avere alcun valore, avendo le Sezioni unite ripudiato qualsiasi interpretazione facente leva, ai fini della individuazione del nesso causale quale elemento costitutivo del reato, esclusivamente o prevalentemente su dati statistici ovvero su criteri valutativi a struttura probabilistica.

La Suprema corte ha evidenziato tre concetti di fondo:

- il nesso causale tra la condotta - omissiva - e l'evento, può ravvisarsi quando, in base a un giudizio controfattuale effettuato sulla base di una generalizzata regola di esperienza o di una legge scientifica, si accerti che ipotizzandosi realizzata dal medico la condotta impeditiva dell'evento *hic et nunc*, questo non si sarebbe verificato, ovvero si sarebbe verificato in epoca significativamente posteriore o con minore intensità lesiva;
- la condotta omissiva del medico, ai fini dell'affermazione della sua responsabilità, deve essere *condicio sine qua non* dell'evento lesivo con «alto o elevato grado di credibilità razionale»;
- la contraddittorietà o l'insufficienza delle risultanze probatorie relative al nesso causale, e quindi della effettiva forza condizionante della condotta omissiva del medico in relazione ad altri elementi allo stesso modo determinanti

- ciò che viene definito come «ragionevole dubbio» -, comporta la necessaria assoluzione.

IL CARATTERE INNOVATIVO DELLA SENTENZA 7997/05

Questi concetti sono in parte rivisti dalla sentenza 7997/05. Accanto alla responsabilità specificatamente attribuibile al medico troviamo, generalmente, quella dell'ente pubblico ospedaliero, gestore del servizio pubblico sanitario, per i danni derivati ai pazienti dalla negligente esecuzione della prestazione medica da parte di un medico dipendente, sempre che sia individuabile quanto meno la colpa dei propri dipendenti. Il gestore della struttura - pubblica o privata - risponde per il fatto del personale medico e paramedico, dipendente o meno, della cui opera si avvalga: la prestazione deve essere valutata alla stregua degli articoli 1176, secondo comma, e 2236 Cc (Cassazione 9198/99).

...risponde per il fatto del personale medico o paramedico

Ma la struttura è sempre responsabile anche nel caso in cui il medico non sia dalla stessa dipendente e addirittura sia medico di

fiducia del paziente (*cfr.* da ultimo Cassazione 13066/04).

Nel sancire la responsabilità della struttura è stato sottolineato come questa sia più vasta di quella del medico, indubbiamente connessa a prestazioni colpose come l'errore diagnostico o terapeutico e l'omessa informazione, mentre la responsabilità, *lato sensu* sanitaria, della struttura erogatrice del servizio, è legata alle composite prestazioni derivanti dal più ampio rapporto col paziente e risulta accentuata dal processo di aziendalizzazione non solo degli ospedali ma anche delle unità sanitarie locali nel loro complesso.

L'articolo 2055 Cc, infatti, prevede espressamente che se il fatto dannoso è addebitabile a più persone, tutte - in solido - sono obbligate a risarcire il danno.



Puliatti - Colpa medica e responsabilità fra operatori e strutture



Nelle obbligazioni da fatto illecito quindi sussiste la responsabilità solidale di tutti coloro che abbiano concorso a cagionare il danno, sia pure per responsabilità omissive: ovviamente, il medico o l'infermiere accusati di aver cagionato un danno per un loro comportamento attivo oppure omissivo, devono provare che il loro comportamento è stato anche l'effetto di problemi organizzativi, addebitabili agli amministratori dell'ente nel quale lavorano.

Non è escluso che venga individuata la diretta, ed esclusiva, responsabilità della struttura ospedaliera, pubblica o privata (Cassazione civile, Sezioni unite, 9556/02), in quanto il complesso e atipico rapporto che si instaura tra la casa di cura e il paziente, anche nell'ipotesi in cui quest'ultimo scelga al di fuori della struttura sanitaria il medico curante, non si esaurisce nella mera fornitura di prestazioni di natura alberghiera (somministrazione di vitto e alloggio), ma consiste nella messa a disposizione del personale medico ausiliario e di quello paramedico nonché nell'apprestamento dei medicinali e di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicanze; è perciò configurabile una responsabilità autonoma e diretta della casa di cura ove il danno subito dal paziente risulti casualmente riconducibile a un'inadempimento alle obbligazioni ad essa facenti carico.

La responsabilità diretta dell'ente e quella del medico sono regolate dalle norme che disciplinano la responsabilità professionale medica in esecuzione di un contratto d'opera professionale e quindi ai sensi dell'articolo 1176 del Cc secondo cui «nell'adempiere l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura

dell'attività esercitata» e dell'articolo 2236 del codice civile, secondo cui «se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave».

Occorre rammentare, però, che la limitazione della responsabilità professionale del medico ai soli casi di dolo o colpa grave a norma dell'articolo 2236 Cc si applica nelle sole ipotesi che presentino problemi tecnici di partico-

re difficoltà (perché trascendono la preparazione media o perché non sono stati ancora studiati a sufficienza, ovvero dibattuti con riguardo ai metodi da adottare) e, in ogni caso, tale limitazione di responsabilità attiene esclusivamente all'imperizia, non all'imprudenza e alla negligenza, con la conseguenza che risponde anche per colpa lieve il professionista che, nell'esecuzione di un intervento o di una terapia medica provochi un danno per omissione di diligenza e inadeguata preparazione (Cassazione civile, terza sezione, 5945/00).

È importante segnalare, inoltre, che la distribuzione dei compiti tra medico in posizione "apicale" e medico in posizione "intermedia", non esclude che il secondo debba tenere comunque un comportamento improntato a diligenza e perizia e, pertanto, di fronte a scelte del medico sovraordinato non condivise, dovrà manifestare espressamente le proprie diverse valutazioni e all'occorrenza il proprio - motivato - dissenso (Cassazione 6502/01; 4013/04).

IL CONSENSO INFORMATO

Particolarmente pregnante è divenuto l'obbligo del consenso informato, rientrando anch'esso a pieno titolo nell'ambito della medicina difensiva, e cioè il dovere del professionista di comunicare al

paziente i benefici, le modalità di intervento, l'eventuale possibilità di scelta tra diverse tecniche operatorie (Cassazione 9705/1997; 9374/97; 364/97). Nel contratto di prestazione d'opera intellettuale tra chirurgo e paziente, il professionista ha il dovere d'informare il paziente sulla natura dell'intervento, sulla portata e l'estensione dei suoi risultati e sulle possibilità e probabilità dei risultati conseguibili, sia perché violerebbe, in mancanza, il dovere di comportarsi secondo buona fede nello svolgimento e nella formazione del contratto (articolo 1337 Cc), sia perché tale informazione è condizione indispensabile per la validità del consenso, che deve essere consapevole, al trattamento terapeutico e chirurgico, senza del quale l'intervento sarebbe impedito al chirurgo tanto dall'articolo 32, comma 2 della Costituzione, a norma del quale nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per

disposizione di legge, quanto dall'articolo 13 della Costituzione, che garantisce l'invulnerabilità della libertà personale con riferimento anche alla libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica, e dall'articolo 33 della legge 833/78, che esclude la possibilità di accertamenti e di trattamenti sanitari contro la volontà del paziente se questo è in grado di prestarlo e non ricorrono i presupposti dello stato di necessità ex articolo 54 Cp (Cassazione 10014/94; 9374/97; 364/97; 6318/00; 14638/04).

Il consenso informato - personale del paziente o di un suo familiare - in vista di un intervento chirurgico o di altra terapia specialistica o accertamento diagnostico invasivo, non riguarda soltanto rischi oggettivi e tecnici in relazione alla situazione soggettiva e allo stato dell'arte della disciplina ma riguarda anche la concreta, magari momentaneamente carente situazione ospedaliera, in rapporto

*Consenso informato:
i medici devono
indicare ai pazienti...*

*...tutte le alternative
fra le diverse
tecniche operatorie*



Puliatti - Colpa medica e responsabilità fra operatori e strutture



alle dotazioni e alle attrezzature, e al loro regolare funzionamento, in modo che il paziente possa non soltanto decidere se sottoporsi o meno all'intervento, ma anche se farlo in quella struttura ovvero chiedere di trasferirsi in un'altra.

L'obbligo si estende ai rischi prevedibili e non anche agli esiti anomali, al limite del fortuito, che non assumono rilievo, non potendosi disconoscere che l'operatore sanitario deve contemperare l'esigenza di informazione con la necessità di evitare che il paziente, per una qualsiasi remota eventualità, eviti di sottoporsi anche a un banale intervento.

L'obbligo d'informazione si estende, inoltre, ai rischi specifici rispetto a determinate scelte alternative, in modo che il paziente, con l'ausilio tecnico-scientifico del sanitario, possa determinarsi verso l'una o l'altra delle scelte possibili, attraverso una cosciente valutazione dei rischi relativi e dei corrispondenti vantaggi.

Il consenso informato è diventato uno strumento per orientare e tutelare l'azione professionale. La negazione del consenso, infatti, impedisce qualsiasi intervento medico. In presenza del consenso, preceduto da completa e adeguata informativa, eventuali lesioni non possono venire imputate come volontarie al professionista. Ma corre l'obbligo di segnalare che non mancano casi in cui detto consenso non è stato ritenuto necessario in quanto la necessità del consenso del paziente alle cure sanitarie viene meno sia in presenza di uno stato di necessità effettivo, sia in presenza di uno stato di necessità presunto o putativo, il quale ricorre allorché il medico, senza colpa, abbia ritenuto in base a circostanze scusabili l'esistenza d'un pericolo di danno grave alla salute del paziente (Cassazione, terza sezione, 12621/99).

Il dovere di informazione, e comunque di controllo, si estende anche alla fase post-

operatoria perché il medico chirurgo, nell'adempimento delle obbligazioni contrattuali inerenti alla propria attività professionale, è tenuto a una diligenza che non è solo quella del buon padre di famiglia ex articolo 1176, primo comma, Cc, ma è quella specifica del debitore qualificato, come prescritto dall'articolo

1176, secondo comma, Cc, la quale comporta il rispetto di tutte le regole e gli accorgimenti che nel loro insieme costituiscono la conoscenza della

professione medica, ivi compreso l'obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato anche nella fase post-operatoria (Cassazione, terza sezione 3492/02).

SERVE CHIAREZZA SULLA CAUSALITÀ

Preliminare giunge la constatazione (definita «inquietante» dalla stessa Corte) della mancanza di un concetto ben definito sulla causalità, non essendo all'uopo sufficienti l'articolo 41 del codice penale ovvero l'articolo 2043 del codice civile.

È stato quindi compito della dottrina e della giurisprudenza, osserva la sentenza, elaborare teorie e concetti, che hanno però portato a una sovrapposizione tra l'indagine sul nesso causale e quella sull'elemento soggettivo dell'illecito, soprattutto nell'ambito del diritto penale. La Corte prende spunto dalla sentenza 371/92, secondo cui in tema di responsabilità per colpa professionale del medico, nella ricerca del nesso di causalità tra la condotta dell'imputato e l'evento, al criterio della certezza degli effetti della condotta, si può sostituire quello della probabilità, anche limitata, di tali effetti e della idoneità della condotta a produrlo, con la conseguenza che il rapporto di causalità sussiste anche quando l'opera del sanitario, se correttamente e tempestivamente

intervenuta, avrebbe avuto non già la certezza, bensì soltanto serie e apprezzabili possibilità di successo, tali che la vita del paziente sarebbe stata, con una certa probabilità, salvata. E poi la Corte giunge alla ormai famosa sentenza delle Sezioni unite penali 30328/02, con cui è stato chiarito che nel reato colposo omissivo improprio il rapporto di causalità tra omissione ed evento non può ritenersi sussistente sulla base del solo coefficiente di probabilità statistica, ma deve essere verificato alla stregua di un giudizio di elevata credibilità razionale.

Nel caso di specie, facendo riferimento alla sentenza della stessa sezione 4400/04, la Corte puntualizza che al criterio della certezza degli effetti della condotta si possa senz'altro sostituire, nella ricerca del nesso di causalità, quello della probabilità di tali effetti e dell'idoneità della condotta a produrli, così da individuare il nesso eziologico anche laddove

l'adempimento dell'obbligo gravante sul sanitario avrebbe comportato la realizzazione dell'interesse perseguito in termini di «ragionevole probabilità».

La sentenza, quindi, si occupa della ricostruzione dei concetti di causalità e colpa in ambito civilistico, dopo avere premesso che in realtà i due concetti devono rimanere ben distinti e separati poiché la colpa è la misura dell'avvedutezza dell'agente nel porre in essere un comportamento, mentre il nesso causale è la relazione esterna intercorrente tra il comportamento e l'evento, senza alcun collegamento con il giudizio di prevedibilità soggettiva.

Per la Corte occorre rammentare che, ai sensi della precedente pronuncia della medesima sezione 12103/00, per escludere che un determinato fatto abbia concorso a cagionare un danno, non è sufficiente allegare che il danno si sarebbe comunque verificato anche in assenza di quel fatto, ma occorre invece dimostrare

Cos'è la causalità?

Per gli ermellini

«è inquietante»...

*...che i codici
non offrano ancora
risposte certe*



che il danno si sarebbe comunque verificato anche in assenza di tale antecedente. Di tali principi viene fatta concreta applicazione con l'accoglimento del terzo motivo di ricorso, censurando le sentenze di merito laddove confondono «la necessità di una prova certa dell'esistenza di un probabile nesso causale, con l'esigenza di una prova certa del nesso causale stesso» mettendo ancora una volta in evidenza il concetto di probabilità (scientifica o logica).

IL DECALOGO DELLA SUPREMA CORTE

Vengono quindi individuate alcune premesse di principio, tali da costituire una sorta di decalogo su quella che sarà la futura individuazione e classificazione degli istituti e dei concetti in esame.

In sintesi questi sono i concetti evidenziati dalla Corte:

- 1) «il nesso di causalità è elemento strutturale dell'illecito che corre tra un comportamento e l'evento dannoso»;
- 2) ne deriva, pertanto, che «nell'individuazione di tale relazione tra condotta ed evento si prescinde da ogni valutazione di prevedibilità essendo il concetto di previsione insito nella fattispecie della colpa»;
- 3) «il nesso di causalità materiale è quello per cui ogni comportamento antecedente che abbia ingenerato o contribuito a generare tale relazione deve considerarsi causa dell'evento»;
- 4) «il nesso di causalità giuridico è quello per cui i fatti sopravvenuti, idonei a determinare l'evento, interrompono il nesso col fatto di tutti gli antecedenti causali»;
- 5) «la valutazione del nesso di causalità giuridica deve essere compiuto secondo criteri di probabilità scientifica, se esauritiva, o di logica aristotelica (probabile è quanto avviene nella maggior parte dei casi), se appare non praticabile o insufficiente il ricorso a leggi scientifiche»;

*Si richiama la logica
aristotelica:
«Probabile è...*

6) soltanto «il positivo accertamento del nesso di causalità, che deve formare oggetto di prova da parte del danneggiato, consente il passaggio, logicamente e cronologicamente conseguente, alla valutazione dell'elemento soggettivo dell'illecito»;

7) «criteri funzionali all'accertamento della colpa medica, la prova della cui assenza grava sul professionista, sono quelli che indagano sulla natura facile o non facile dell'intervento, sul peggioramento o meno delle condizioni del paziente, sulla graduazione della colpa, sul corretto adempimento dell'onere di informazione e sull'esistenza del conseguente consenso del paziente, sulla regolare tenuta della cartella clinica».

La Corte, poi, traccia un percorso logico all'interno del quale si ritrovano numerosi principi già sanciti da altre precedenti pronunce, ma anche qualche precisazione in antitesi con quanto già statuito in sede penale dalle Sezioni unite. In tale contesto, a fronte del concetto di alta o elevata credibilità razionale già enucleato dalle Sezioni unite penali, assume maggiore valenza significativa per la Corte il concetto, nella accezione meno stringente, di probabilità logica (cfr. punto 5) qualora non si riveli esauritivo il ricorso a leggi scientifiche. Vengono altresì particolarmente in rilievo, sotto il profilo probatorio, i concetti esposti ai punti 6 e 7. La prova in ordine all'esistenza del nesso di causalità incombe necessariamente sul danneggiato; è onere invece del medico, una volta accertata l'esistenza della causalità, provare l'assenza di colpa.

CONCLUSIONI

Facendo applicazione dei principi enunciati, la Corte rivede le pronunce dei precedenti gradi di giudizio. Rileva in parti-

colare che, contrariamente a quanto ritenuto dai giudici di merito, la scelta del ricovero notturno costituiva esplicita domanda di controllo del minore; risultava invece evidente che tale controllo non vi era stato (non essendo ipotizzabile che l'unico metodo di controllo fosse quello della costante immobilizzazione).

Risultava omessa nelle sentenze di merito ogni indagine sul nesso di causalità, indagine che andava anteposta rispetto a quella relativa al profilo soggettivo della colpa. La Corte, invece, verifica l'esistenza della serie causale che, dall'omesso controllo, attraverso la deambulazione solitaria, la crisi epilettica e la caduta al suolo, giunge alle lesioni. Dimostrato il nesso causale, spettava alla controparte dimostrare l'assenza di colpa. Viene fatta applicazione, nel caso di specie, di un altro principio ricavabile dalla precedente pronuncia della medesima sezione 4400/04, secondo cui la prova della man-

canza di colpa per il danno subito dal paziente deve essere fornita dal professionista, ovvero il debitore, e in situazione di incertezza in ordine al

*...ciò che accade
nella maggior parte
dei casi»*

profilo della colpa deve avvantaggiarsi di ciò il creditore-paziente e non il debitore-professionista. Anche in questo caso non del tutto in linea con i principi già sanciti dalle Sezioni unite penali, riportati sopra. Esaminando il secondo motivo di ricorso, la Corte evidenzia come le già espletate consulenze tecniche d'ufficio, avessero accertato come «probabile» il nesso causale tra l'intervento del personale e il danno midollare. Poiché secondo la logica aristotelica «probabile è ciò che accade nella maggior parte dei casi», era onere del medesimo personale fornire la netta e precisa dimostrazione della propria assenza di colpa: onere, nel caso di specie, non assolto.

*Avvocato