

# GUIDA ALLA VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO DI NATURA PSICHICA

Criteria, tabelle, esempi

CARMEN PERNICOLA



*Strumenti per il lavoro  
psico-sociale ed educativo*

**FrancoAngeli**

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

# **GUIDA ALLA VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO DI NATURA PSICHICA**

**Criteria, tabelle, esempi**

**CARMEN PERNICOLA**

***Strumenti per il lavoro  
psico-sociale ed educativo***

**FrancoAngeli**

Grafica della copertina: *Alessandro Petrini*

Copyright © 2008 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

*A mio marito  
e a nostro figlio.*



# Indice

<b>Prefazione</b>	pag.	9
<b>Introduzione</b>	»	11
<b>1. Il diritto alla salute</b>	»	13
1. La tutela internazionale del diritto alla salute	»	13
2. La tutela della salute in Italia	»	14
3. La tutela della salute mentale in Italia	»	20
4. Salute mentale e incidenti stradali	»	23
<b>2. Il danno biologico</b>	»	25
1. Danno morale, danno esistenziale, danno biologico	»	25
2. Il danno biologico	»	26
3. Il danno biologico psichico	»	33
4. La valutazione del danno biologico	»	35
5. La valutazione del danno biologico psichico	»	38
<b>3. Criteri metodologici per la valutazione del danno biologico psichico</b>	»	39
1. Criteri metodologici	»	39
2. La diagnosi	»	40
3. Valutazione dell'invalidità	»	50
4. Analisi del nesso di causa tra evento, diagnosi, invalidità	»	52
5. Prognosi	»	54
6. Giudizio finale	»	55

<b>4. Criteri metodologici per la stesura di una relazione tecnica</b>	pag.	57
1. Descrizione clinica dell'evento stressante	»	57
2. Anamnesi psichica e socio-relazionale	»	58
3. Esame della documentazione medica agli atti	»	59
3.1. Quadro clinico immediatamente successivo all'evento stressante	»	60
3.2. Quadro clinico attuale	»	60
3.3. Diagnosi clinico/legale	»	60
3.4. Nesso di causa	»	62
3.5. Invalidità psichica	»	63
<b>Appendice 1 - Tabelle delle menomazioni psichiche</b>	»	65
<b>Appendice 2 - Esempi di relazioni tecniche</b>	»	79
<b>Bibliografia</b>	»	89

## Prefazione

L'evidente genericità dell'art. 2059 c.c. che statuisce che “il danno non patrimoniale deve essere risarcito solo nei casi determinati dalla legge”, non definendo il danno non patrimoniale ma limitandosi a determinare una riserva di legge ai fini della sua risarcibilità, ha dato luogo negli ultimi anni, a una serie di battaglie interpretative sulla nozione di danno, in particolare sul danno non patrimoniale, altresì, in rapporto al danno patrimoniale facilmente valutabile, quest'ultimo, sulla base del danno emergente e del lucro cessante.

Ancora oggi dottrina e giurisprudenza discutono sulle sottocategorie che costituiscono il danno non patrimoniale ovvero sulla tripartizione: danno biologico, danno esistenziale e danno morale soggettivo.

Il danno biologico prima e il danno esistenziale poi, sono stati per anni allocati nella categoria del danno patrimoniale ed erano risarciti rispettivamente in base al combinato disposto degli artt. 2043 c.c. e 32 Cost. e 2043 c.c. e 2 Cost.

Questo perché il diritto alla salute e gli altri diritti fondamentali della persona costituzionalmente garantiti rientrano nel patrimonio della persona e, come tali, devono essere qualificati come danni patrimoniali.

A questo punto la nozione di danno non patrimoniale, di cui all'art. 2059 c.c., rimane circoscritta nell'ambito del solo danno morale puro la cui risarcibilità è prevista solo se il fatto che ha causato l'evento dannoso costituisce reato.

La svolta interpretativa arriva nel 2003 con le note sentenze gemelle (8827-8828) della Corte di Cassazione, e con la sentenza 233

della Corte Costituzionale, con cui si assiste a una ricostruzione e a un riposizionamento dei concetti di danno laddove per danno non patrimoniale s'intende non solo il danno morale soggettivo, ma ogni ipotesi in cui sia lesa un valore inerente alla persona ovvero tutti i danni diversi da quelli aventi natura patrimoniale.

Il danno biologico è inteso come lesione all'integrità psico-fisica della persona ovvero al bene salute protetto dall'articolo 32; il danno morale soggettivo rimane circoscritto nella sfera interiore del soggetto come turbamento del suo stato d'animo ma, a differenza di prima, la Suprema Corte ne riconosce la risarcibilità, anche se il fatto non costituisce reato; il danno esistenziale riguarda la sfera a-reddituale del soggetto e concerne la lesione di un precedente sistema di vita del danneggiato seriamente e definitivamente modificato dall'illecito.

Dalla lettura delle numerose pronunce susseguitesi nel corso degli ultimi anni, emergono evidenti le posizioni contrastanti della giurisprudenza e della dottrina sulle tematiche concernenti il danno non patrimoniale e la sua risarcibilità in sede di giudizio.

A ventiquattro anni dalla celebre sentenza n. 184 del 14 luglio 1986 con cui la Corte Costituzionale riconosceva, dopo un lungo dibattito giurisprudenziale, il danno biologico come figura risarcitoria, che ha consistenza anche indipendentemente da altre conseguenze, come, ad esempio, quelle morali o quelle patrimoniali prodotte dall'azione lesiva, la terza sezione della Corte di Cassazione ancora pochi giorni fa ha chiesto un sollecito intervento (e ci auguriamo che sia l'ultimo) alle Sezioni Unite della Suprema Corte al fine di *“fornire definitiva risposta ai molteplici quesiti che il tema del danno non patrimoniale tuttora pone”*.

Proprio sulla base di queste considerazioni appare utile il contributo di questo libro al riconoscimento di criteri generali ben circoscritti per la liquidazione dei danni psichici, allo scopo di affrancare sempre più il danno biologico dall'indefinitezza, localizzando il territorio della risarcibilità dei danni alla salute psichica in conformità a criteri definiti.

*Avv. Rugiada Tentoni*

Studio legale Tentoni-Luoni

# Introduzione

L'importante svolta codificatoria in tema di danno alla persona, con alcune fondamentali pronunce della Cassazione e della Corte Costituzionale, ha originato innovative determinazioni del concetto di danno, che hanno arricchito l'ordinamento di una concezione "alta" di tutela dei diritti dell'uomo, ponendo finalmente l'accento sull'uomo come valore e riconoscendo la sofferenza umana, in tutte le sue forme, come ingiusta, anche se non prodotta da reati ma da eventi illeciti.

Così, infatti, si è espressa la Consulta che, con la sentenza n. 184 del 14 luglio 1984 ha riconosciuto il danno biologico come figura risarcitoria, definendolo come "menomazione della persona vista nella somma delle funzioni naturali aventi rilevanza biologica, culturale, sociale ed estetica", che ha consistenza anche indipendentemente da altre conseguenze, come ad esempio quelle morali o quelle patrimoniali, prodotte dall'azione lesiva.

Questa definizione contiene in sé la categoria di danno psichico, che diventa, allora, indispensabile per una definizione di danno biologico che comprende tutte quelle tipologie di danno che riguardano la tutela dell'uomo dall'attacco ingiusto alla sua integrità psicofisica.

A meno di non accettare la possibilità di una spiegazione impersonale dell'esperienza, appare evidente l'impossibilità di definire dei modelli puramente astratti e avalutativi di analisi del danno alla persona e la necessità di adeguare il risarcimento al caso concreto, tenendo conto che lo stesso evento può produrre risposte molto diverse da individuo a individuo.

Restando, però, ferma la necessità di rimandare la valutazione del danno al caso concreto, c'investe l'urgenza di individuare una criteriologia che costituisca un punto di partenza imprescindibile per una

valutazione di danno che abbia la forza di rappresentare una prova circostanziata in sede di richiesta di risarcimento.

Questo libro, a partire da una riflessione sul concetto di salute nel sistema della responsabilità civile, ponendo in rilievo la centralità del ruolo della consulenza tecnica nella valutazione degli aspetti psichici del danno biologico, presenta una discussione accurata sulla possibilità di arrivare a una definizione di criteri metodologici per la delimitazione del profilo liquidatorio e per la valutazione del danno psichico.

Oltre che per esigenze di sistematicità, il riconoscimento di criteri generali ben circoscritti è necessario per configurare il danno psichico come una figura di danno autonoma, non disperdibile nella figura del danno morale ma riconducibile a vere e proprie caratteristiche psicopatologiche, osservabili all'esame clinico. Ciò anche per non incorrere nel rischio di veder misconosciuta l'esistenza del danno a causa di un'insufficienza di canoni oggettivi per la delimitazione del profilo liquidatorio. La categoria generale di danno psichico, infatti, si presterà a diverse critiche per quel che concerne sia la configurabilità giuridica sia la risarcibilità concreta del danno, fino a che non si farà il necessario per affrancarla dall'indefinitezza, localizzando il territorio della risarcibilità in conformità a criteri definiti.

Muovendo da una riflessione epistemologica, si analizzano le tappe principali dell'itinerario di accertamento del danno psichico: la diagnosi, la valutazione dell'invalidità psichica, l'analisi del nesso di causa tra evento lesivo e danno, la prognosi e il giudizio conclusivo.

Particolare attenzione è fornita alla possibilità di standardizzare la procedura di stesura di una relazione tecnica di valutazione dei danni psichici, in modo che contenga tutte le informazioni fondamentali per avere oltre che rilevanza clinica anche una reale utilità per fini legali.

In appendice il libro propone alcune tabelle delle menomazioni psichiche, redatte seguendo la classificazione dei disturbi mentali proposta dal DSM-IV, allo scopo di suggerire parametri numerici che possano essere utili per quantificare l'invalidità derivante da una patologia mentale.

Il libro si propone, così, come uno strumento di lavoro per gli psicologi impegnati nella valutazione del danno biologico di natura psichica, ma anche per i magistrati, gli avvocati, i medici legali, gli assicuratori che si occupano di risarcimento danni in ambito giudiziale e stragiudiziale.

# 1. Il diritto alla salute

## 1. La tutela internazionale del diritto alla salute

L'attenzione sociale e politica alla tutela dei diritti della personalità o diritti umani si è sviluppata in tempi relativamente recenti, in particolare a seguito della seconda guerra mondiale che ha straziato il mondo nella prima metà del 1900 e che ha richiamato l'attenzione sull'esigenza di tutelare i diritti inviolabili di ogni essere umano.

I diritti della personalità, frutto di un'analisi di dottrina e giurisprudenza, sono oramai una struttura solida nel nostro ordinamento.

Tra questi diritti della personalità si distingue anche il diritto alla salute, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno "stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale della persona, e non soltanto l'assenza di malattia".

Oggi esistono molti strumenti internazionali relativi ai diritti umani fondamentali che includono tra questi il diritto alla salute e l'OMS svolge un ruolo molto importante nella loro attuazione, insieme all'Alto Commissariato dei Diritti dell'Uomo.

La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, all'art. 25, riconosce che "ogni individuo ha diritto a un livello di vita sufficiente a garantire la sua salute, il suo benessere e quelli della sua famiglia, principalmente per l'alimentazione, il vestiario, l'abitazione, le cure mediche e i servizi sociali necessari".

Il Protocollo di San Salvador del 1988, che è stato adottato nel quadro dell'Organizzazione degli Stati Americani, proclama il diritto al "possesso del più alto grado di salute fisica e mentale e di benessere sociale".

Altri strumenti sono l'International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights del 1966, promosso dalle Nazioni Unite per sottolineare l'obbligo legale per ogni nazione di promuovere il raggiungimento per tutti gli individui del più alto livello di salute fisica e mentale, la Convenzione sull'Eliminazione di ogni forma di discriminazione femminile del 1979, la Convenzione relativa ai diritti dell'infanzia del 1989.

## **2. La tutela della salute in Italia**

La tutela della salute del cittadino è sempre stata alla base anche degli interessi costituzionali dello stato italiano, che già nel 1898 introdusse la prima assicurazione antinfortunistica obbligatoria per le attività di maggiore pericolosità, approvata poi nel 1965 al Testo Unico che prevede e garantisce sia gli infortuni sia le malattie professionali.

La Costituzione del 1948 riconosce la salute come diritto umano fondamentale e al primo comma dell'art. 32 afferma solennemente: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

Per garantire e rendere effettivo questo diritto lo Stato, con la legge n. 833 del 1978, ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, che oggi è organizzato in Aziende Sanitarie Locali, incaricate della prevenzione, della cura e della riabilitazione delle malattie e anche della verifica delle condizioni sanitarie dei luoghi di lavoro.

Fino agli anni sessanta del secolo scorso, però, il diritto alla salute era trattato prevalentemente come diritto del cittadino nei confronti dello Stato e le poche sentenze concernenti violazioni del diritto alla salute riguardavano prevalentemente problemi d'igiene pubblica.

Ancora verso la metà degli anni sessanta una sentenza della Corte di Cassazione, pur riaffermando la fondamentale regola del consenso al trattamento medico da parte del paziente, vincolava, però, la tutela della salute del paziente all'articolo 13 della Costituzione, che regola la libertà personale, senza riferirsi all'articolo 32.

E sempre in quel periodo la Corte Costituzionale, chiamata a pronunciarsi su alcune parti della legge manicomiale del 1904, ricono-

sceva al malato di mente ricoverato in ospedale psichiatrico gli stessi diritti che l'articolo 13 della Costituzione prevedeva per gli indiziati di reato, ancora interpretando il ricovero del malato mentale sono in termini di custodia.

Un importante nuovo elemento fu introdotto dalla legge n. 431 del 18 marzo 1968 sull'Assistenza Psichiatrica, che, pur eludendo le sentite esigenze di rinnovamento della psichiatria, stabiliva che un malato potesse essere ammesso in ospedale psichiatrico su propria richiesta, e assimilava così il malato mentale agli altri malati, leggendo il ricovero del malato mentale in termini di accesso alle cure, invece che di custodia per la tutela della sicurezza pubblica.

Verso la fine degli anni sessanta per la prima volta in Italia il diritto alla salute fece ingresso nei rapporti tra privati, com'è quello tra datore di lavoro e lavoratore dipendente, quando la magistratura cominciò a valorizzare l'articolo del Codice Civile che poneva a carico del datore di lavoro l'adozione delle misure necessarie a tutelare l'integrità dei dipendenti, individuando tra gli obblighi dei datori di lavoro, quello di garantire le condizioni di sicurezza e di non nocività per la salute dei dipendenti.

Il 20 giugno del 1970 il Consiglio dei Ministri approvava, su proposta del Ministro per il Lavoro e la Previdenza Sociale, la legge n. 300, diventata nota come Statuto dei Lavoratori, che contiene norme sulla tutela della libertà e dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e all'articolo 9 recita testualmente: "I lavoratori, mediante le loro rappresentanze, hanno diritto di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica".

Nel 1973 la Corte di Cassazione riconobbe il diritto a essere risarcito dallo Stato, perché suo datore di lavoro, a un dipendente pubblico che, dopo essere stato destinato a una diversa sede di lavoro che comportava l'addizione a mansioni dannose, aveva subito il peggioramento di una patologia preesistente e la conseguente amputazione di una gamba.

Nel 1974 la Corte Costituzionale riconobbe, a proposito di un problema ambientale, che la salute è un diritto soggettivo, proprio di ogni individuo e non superabile in forza di esigenze pubbliche o col-

lettive. E nel 1979 la Cassazione aggiunse a questo importante principio, in una sentenza che riguarda la costruzione degli impianti per il disinquinamento del golfo di Napoli, che il diritto alla salute è prevalente rispetto all'azione della pubblica amministrazione a tutela della salute pubblica.

Tra il 1974 e il 1979 prese avvio un radicale mutamento dei criteri di valutazione del danno alla persona. L'occasione veniva dalle controversie assicurative per la liquidazione dei danni alle vittime d'incidenti stradali. Il metodo tradizionalmente seguito fino a quel punto per valutare il danno alla persona era basato sul sistema della "capitalizzazione del reddito". La persona era presa in considerazione solo perché titolare di un patrimonio, che poteva essere valutato secondo un criterio economico-contabile.

Una persona, quindi, poteva richiedere la tutela giuridica del proprio diritto alla salute, solo se l'evento lesivo aveva causato la riduzione temporanea o permanente della sua capacità di produrre reddito e il risarcimento del danno era valutato sulla base del suo reddito lavorativo, precedente alla lesione. Ciò creava delle sperequazioni terribili nei risarcimenti, poiché induceva a una valutazione del danno che, a parità di lesione, era proporzionata al reddito della vittima. Questo impianto di tutela escludeva, infatti, le persone che, prima dell'evento non avessero un reddito lavorativo e quindi persone già in una posizione sociale svantaggiata.

Fece particolare scandalo all'epoca la sentenza del Tribunale di Milano sul "caso Gennarino", nella quale era commisurato il risarcimento al presupposto "che il bambino, divenuto adulto esplicherà le stesse attività lavorative del genitore" che nel caso specifico era un manovale.

Cominciò a farsi strada, così, l'idea che il risarcimento dovesse tener conto per tutti della lesione dell'integrità fisica in sé e per sé considerata e restare indipendente dal reddito della persona.

Possiamo riconoscere, sicuramente, nella sentenza del Tribunale di Genova del 25 maggio 1974, il primo tentativo in sede giurisprudenziale di ovviare alle mancanze del legislatore in tema di danno alla salute, fondando la risarcibilità del danno alla salute sull'articolo 32 della Costituzione.

Nella celebre sentenza n. 27 del 1975 la Corte Costituzionale chiamata a esprimere giudizio di legittimità costituzionale dell'arti-

colo 546 del Codice Penale nella parte in cui punisce chi cagiona l'aborto di donna consenziente anche qualora sia stata accertata la pericolosità della gravidanza per il benessere fisico o per l'equilibrio psichico della gestante, senza che sussista l'inevitabilità e l'attualità del pericolo di un grave danno alla persona, affermava che "non esiste equivalenza fra il diritto non solo alla vita ma anche alla salute proprio di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione che persona deve ancora diventare" e conclude che "la liceità dell'aborto deve essere ancorata a una previa valutazione della sussistenza delle condizioni atte a giustificarla".

Con una sentenza del 26 luglio 1979 la Corte Costituzionale definiva il diritto alla salute "come un diritto primario e assoluto, pienamente operante anche nei rapporti tra privati" e sanciva la piena risarcibilità di tutti "gli effetti della lesione al diritto, considerato come posizione soggettiva autonoma, indipendentemente da ogni altra circostanza o conseguenza".

Alla fine degli anni settanta, così, il diritto alla salute era ormai pacificamente riconosciuto come un diritto primario e assoluto dell'individuo a conservare la propria integrità fisica e psichica, tutelato dalla Costituzione e operante pienamente sia tra privati sia verso lo Stato.

Alcune decise pronunce delle Corti di merito negli anni settanta misero definitivamente in crisi il sistema risarcitorio del danno alla salute fondato sulla dicotomia danno patrimoniale-danno non patrimoniale, mediante l'introduzione di una fattispecie inedita di danno, il danno biologico, che troverà riconoscimento, però dopo un lungo dibattito giurisprudenziale, soltanto con la storica sentenza n. 184 del 14 luglio 1986 della Corte Costituzionale.

Negli anni ottanta alcune sentenze innovative contribuirono a tracciare il nuovo sistema risarcitorio.

Con la sentenza del 6 giugno 1981 la Corte di Cassazione stabiliva che "il danno cosiddetto biologico (...) deve essere considerato risarcibile, ancorché non incidente sulla capacità di produrre reddito, e anzi, indipendentemente da quest'ultima" e con la sentenza del 6 aprile 1983, chiamata a pronunciarsi sul danno da immissioni rumorose, affermava che il bene della salute è un diritto autonomo, primario e assoluto. In caso di lesione alla persona il risarcimento deve tenere conto anche del danno biologico, inteso come menomazione dell'in-

tegrità psicofisica della persona in sé considerata, incidente direttamente sul “valore uomo” nella sua concreta dimensione, “valore che non è riconducibile alla sola attitudine a produrre ricchezza, ma è collegato alla somma delle funzioni naturali (le quali hanno rilevanza biologica, sociale, culturale ed estetica, in relazione alle varie articolazioni ambientali in cui la vita si estrinseca, e non solo economica) afferenti al soggetto”.

La sentenza n. 641 del 30 dicembre 1987 estese, poi, il diritto alla salute oltre l’integrità psicofisica dell’individuo, al diritto a non vedere intaccato quel “bene immateriale unitario” che è rappresentato dall’ambiente. Nella storica sentenza il giudice definiva l’ambiente come “bene unitario”, “protetto come elemento determinativo della qualità della vita”, la cui “protezione non persegue astratte finalità naturalistiche o estetizzanti, ma esprime l’esigenza di un habitat naturale nel quale l’uomo vive e agisce e che è necessario alla collettività e, per essa, ai cittadini, secondo valori largamente sentiti” e affermava che la protezione dell’ambiente “è imposta anzitutto da precetti costituzionali (artt. 9 e 32 Cost.), per cui esso assurge a valore primario e assoluto”.

Una legge del 1982 riconobbe ai transessuali la possibilità legale di praticare un intervento chirurgico che portasse al mutamento del sesso. La Corte Costituzionale confermò la legittimità della legge, definendo l’intervento chirurgico come atto terapeutico, volto alla realizzazione del diritto alla salute del transessuale, che attraverso l’intervento ricomponesse l’equilibrio tra gli aspetti fisici e psichici della sua sessualità.

La tutela assicurata dall’ordinamento a favore dell’individuo si è espressa con forza particolare nei confronti dei comportamenti lesivi della vita e dell’integrità fisica. Agli inizi degli anni novanta, nel corso di un intervento, un chirurgo cambiò radicalmente il tipo d’intervento, senza che vi fosse alcuna nuova situazione di emergenza o d’immediato pericoloso. Il nuovo intervento comportò l’amputazione perineo-addominale del retto e l’applicazione di un ano artificiale e fu eseguito “in assenza di consenso della paziente e anzi contro la (sua) espressa volontà”.

L’anziana donna aveva dato il consenso solo all’intervento di asportazione di polipi rettali per via transanale, che era molto più lieve e non demolitivi. A due mesi dall’intervento la paziente morì.

I giudici della Corte d'Assise di Firenze, con una decisione senza precedenti, confermata fino in Cassazione, condannarono il chirurgo per omicidio preterintenzionale, riconoscendo pienamente il principio di autonomia e quindi di autodeterminazione nel rapporto medico-paziente, che portano a rendere evidente come le scelte e le valutazioni sulla qualità della vita non possano che essere rimesse alla valutazione del diretto interessato, non potendosi configurare, dal punto di vista giuridico, un'idea di "bene oggettivo del paziente" che possa essere imposto anche senza la sua volontà.

La sentenza della Corte di Cassazione del 21 aprile 2002 condannò, in seguito, lo stesso medico per omicidio preterintenzionale, alla pena di sei anni e otto mesi di reclusione. Tale sentenza torna oggi alla ribalta per l'importanza innovativa delle considerazioni contenute, a fronte dei numerosi procedimenti che vedono oggi imputati medici per colpa professionale.

La sentenza pone principalmente l'accento sul consenso del paziente al trattamento medico-chirurgico e sulla configurabilità del delitto di omicidio preterintenzionale. In merito al consenso informato evidenzia come qualsiasi tipo d'intervento medico ha bisogno del consenso del malato, dallo stesso preventivamente manifestato e valido pertanto per l'effettuazione del solo intervento per il quale detto consenso è stato per l'appunto prestato.

Qualora, nella fase preparatoria, il chirurgo si avvedesse dell'impossibilità di eseguire l'intervento per il quale è stato acquisito il consenso, ravvisando tuttavia la possibilità di raggiungere lo stesso risultato facendo un altro tipo d'intervento, maggiormente invasivo o addirittura mutilante, egli deve sospendere la sua attività, rendere edotto di tutto ciò il paziente e acquisire l'eventuale necessario consenso prima di procedere con l'intervento di tipo diverso rispetto a quello programmato.

L'unica deroga a tale principio è consentita nel caso in cui si dovesse determinare, sul tavolo operatorio, una situazione di urgenza e gravità tale che il mancato intervento, diverso da quello preventivato, ponesse in serio pericolo la vita del paziente; in tal caso, in presenza di uno stato di necessità, previsto dall'articolo 54 del Codice Penale, il chirurgo deve procedere ugualmente secondo i dettami imposti dal caso concreto, andando in ogni caso esente da responsabilità penale attesa l'urgenza che la grave situazione ha determinato.