

LA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL MEDICO

Fulvio Fiorini¹, Cinzia Ameri², Franco Logias³, Luca DiLullo⁴, Pasquale Zamboli⁵, Roberto Palumbo⁶, Antonio Granata⁷, Alessandro D'Amelio⁸

Per i Gruppi di Studio di Ecografia Renale e degli Accessi Vascolari della Società Italiana di Nefrologia

¹S.C. Nefrologia e Dialisi, Rovigo

²PerForm-Università degli Studi di Genova, Genova

³S.S.D. Dialisi, Sorgono (NU)

⁴S.C. Nefrologia e Dialisi di Tivoli, Roma

⁵Cattedra di Nefrologia, Università, Napoli

⁶S.C. Nefrologia e Dialisi di S. Eugenio, Roma

⁷S.C. Nefrologia e Dialisi, Agrigento

⁸S.C. Nefrologia e Dialisi, Lecce

INTRODUZIONE

L'attività medica è una tra le più complesse, difficili e rischiose e quindi soggetta a contenzioso, in quanto incide direttamente sulla tutela di diritti primari quali la vita e l'incolumità psicofisica dei pazienti. Secondo quanto accettato in Giurisprudenza, l'attività medica è un'attività autorizzata che, ai fini del suo espletamento, comporta l'accettazione di un livello di rischio "ragionevole". Non è pertanto concepibile un'attività medica priva di un certo rischio considerato "standard", rischio non sentito come un fatto riprovevole dalla collettività, ma come un'utilità sociale: è infatti comunemente accettata la possibilità di un "minimo" dolore, fastidio o sacrificio anche nel più banale degli interventi medici. Nell'ultimo trentennio l'attività medica è migliorata in efficienza e precisione in tutte le sue componenti (prevenzione, prognosi, diagnosi, intervento, terapia) come conseguenza del progresso tecnologico e delle scoperte scientifiche: ciò ha permesso di prevenire, curare, se non di debellare, molte patologie, anche gravi. Per tali motivi il medico è una figura professionale molto importante nella società, ma anche fra le più soggette a continue critiche da parte della collettività.

La problematica legata alle diverse forme di responsabilità sia giuridiche che morali del medico riveste pertanto una grande importanza professionale anche in campo nefrologico, vista inoltre l'importante variabilità delle prestazioni effettuate, fra le quali spiccano quelle interventistiche. In questa sede si darà rilievo alle responsabilità di tipo civile riservando di trattare la responsabilità penale in altra occasione.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La nostra Costituzione all'art. 32 tutela esplicitamente la salute come "diritto fondamentale dell'individuo"

e la normativa italiana, sebbene con oscillazioni e contraddizioni, fa costantemente riferimento all'esigenza di assicurare la piena ed effettiva attuazione di tale disposto (1). Questo principio fondamentale nel nostro ordinamento deve conciliarsi con un margine di libertà di intervento che la professione del medico per sua natura esige, proprio perché il medico possa esprimersi senza essere continuamente esposto a minacce di sanzioni e "ritorsioni" giuridiche da parte del paziente anche al fine di poter espletare la propria attività con serenità e discrezionalità, senza che quest'ultima si traduca in "arbitrio" da un lato e medicina "difensiva" dall'altro. Tali due esigenze sopraesposte devono essere poste a fondamento del regime di responsabilità giuridica del medico, che è normata dal Codice Civile ed è suddivisa in responsabilità *contrattuale* ed *extracontrattuale*.

RESPONSABILITÀ CONTRATTUALE

Il rapporto che si instaura fra medico e paziente è un contratto a tutti gli effetti e quindi ne segue la disciplina giuridica e le norme. Il contratto è un accordo fra due parti riguardo a un rapporto di tipo patrimoniale (2): in particolare il rapporto fra professionista e cliente si configura come contratto d'opera. Quindi, in prima istanza la responsabilità *contrattuale* acquista rilevanza nell'ambito del rapporto che intercorre tra il medico e il paziente. In particolare le prestazioni del medico sono inquadrabili nei disposti del Codice Civile che disciplinano il lavoro autonomo (3) e i principi che lo sostengono sono:

- la *responsabilità del prestatore d'opera*: "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" (4);

- *l'esecuzione dell'opera*: "Il prestatore d'opera deve eseguire personalmente l'incarico assunto. Può tuttavia avvalersi, sotto la propria direzione e responsabilità, di sostituti e ausiliari, se la collaborazione di altri è consentita dal contratto o dagli usi e non è incompatibile con l'oggetto della prestazione" (5).

È importante anche fare riferimento alle "disposizioni generali sui contratti d'opera" nel caso di non conclusione del contratto stesso: nella fattispecie si dovrà considerare *l'impossibilità sopravvenuta dell'esecuzione dell'opera*. "Se l'esecuzione dell'opera diventa impossibile per causa non imputabile ad alcuna delle parti, il prestatore d'opera ha diritto a un compenso per il lavoro prestato in relazione all'utilità della parte dell'opera compiuta" (6) e *l'impossibilità definitiva della prestazione*, se la causa non è imputabile al debitore, ovvero al medico, sussiste l'estinzione dell'obbligazione dedotta in contratto (7). Ciò costituisce un elemento essenziale ai fini dell'esenzione da responsabilità del professionista: "Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo sono stati determinati da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile" (8). Il creditore, nel nostro caso il paziente, che ha interesse al risarcimento del danno, possiede l'onere di provare in giudizio l'inadempimento del convenuto; quest'ultimo, affinché sia esente da responsabilità *contrattuale*, deve provare che l'inadempimento non è a lui imputabile e che egli ha tenuto il comportamento richiesto dalla legge e dalle *patruzioni contrattuali*. Nell'ambito della responsabilità *contrattuale* è il paziente che deve, pertanto, provare l'inadempimento del medico, e non necessariamente il dolo (o la colpa), e il danno conseguente: allo scopo di far valere la responsabilità per *colpa lieve*, il paziente deve, inoltre, dimostrare che l'intervento concordato era di facile esecuzione. Il medico deve provare di aver adottato, con diligenza, tutti i mezzi e gli strumenti, in possesso della scienza medica in quel momento storico. In quanto trattasi di obbligazione di mezzi e non di risultati, la prova della relativa responsabilità è sganciata dall'accertamento del danno psicofisico (9).

Il consenso all'intervento acquista un particolare rilievo nell'ipotesi di interventi medici, esprimendo, in via generale, l'accettazione a ricevere la prestazione *contrattuale*: il contratto si intende concluso quando il proponente "ha conoscenza dell'accettazione dell'altra parte" (10). Nelle ipotesi *contrattuali* in oggetto, il consenso o accettazione si rivolgono a interventi o prestazioni di alto contenuto tecnico, che sfuggono alle normali conoscenze dell'individuo: è stato quindi posto il problema di assicurare al paziente il diritto

a esprimere il consenso sulla base delle indicazioni precise e chiare che il medico deve fornire. Lo scopo è quello di porre il paziente nelle condizioni migliori per valutare e soppesare i rischi e le conseguenze che un intervento medico potrebbe comportare. Il paziente deve essere "informato" in modo completo e preciso del suo stato di salute e del ventaglio di possibilità degli interventi, offerte dalla scienza medica, nonché degli eventuali rischi: occorre porre il paziente in grado di prestare il cosiddetto "*consenso informato*".

Dal punto di vista civilistico, il consenso informato costituisce un elemento essenziale del contratto medico: se il consenso non è preceduto dalla corretta e chiara informazione medica, non è da considerare valido, facendo venir meno l'elemento fondamentale dell'accordo (11). Nel caso di consenso "non informato", il contratto risulta invalidato, ma con due conseguenze differenti a seconda dell'impostazione giuridica seguita: a) in caso si consideri "mancante" l'accordo, il contratto è *nullo* (12), b) se, invece, è ammessa la persistenza dell'accordo, basata sul consenso "dato per errore" o "carpito con dolo", il contratto è *annullabile* (13). Si può pertanto comprendere come le differenze tra la *nullità* e l'*annullabilità* possiedano importanti risvolti sul piano della legittimazione (13, 14), della prescrizione (imprescrittibilità dell'azione di nullità) (15) (prescrizione quinquennale dell'azione di annullamento) (16), della convalida (inammissibilità della convalida del contratto nullo, convalida del contratto annullabile). Infatti il contratto annullabile può anche essere convalidato se il contraente, al quale spetta l'azione di annullamento, manifesta con un atto di conoscere la causa di annullabilità e dimostra l'intenzione di rendere l'accordo valido. Con riferimento al consenso informato è da segnalare come principio consolidato che ogni individuo ha il diritto di avere conoscenza dei propri dati sanitari e di esserne informato in modo esauriente e con modalità che possano essere comprensibili per lui e che chiunque possa nominare una persona di fiducia che provvederà a prestare il consenso per suo conto. Nel caso di soggetto incapace e in assenza di persona di fiducia, è possibile raccogliere il consenso da un soggetto nominato direttamente dal Giudice tutelare, su segnalazione dell'istituto di ricovero o di chiunque sia venuto a conoscenza dello stato di incapacità. La ormai unanime giurisprudenza di legittimità considera informato il consenso che sia preceduto dalle informazioni sui benefici, sulle modalità di intervento, sui rischi, sulla natura dell'intervento, sulla qualità dei risultati, sulla possibilità o sulla probabilità del loro conseguimento e così via. Il principio ora esposto è applicato anche agli interventi di équipe medica e trova un'unica deroga nelle ipotesi di stato di necessità e urgenza (1, 17-19), per cui, al fine della tutela

della salute dell'individuo, quale bene primario, non si deve attendere un consenso e tanto meno deve essere fornita un'informazione adeguata da parte del responsabile medico. Infatti, il mancato tempestivo intervento medico potrebbe compromettere la sopravvivenza dell'individuo o la sua guarigione e la mancata informazione o l'assenza del consenso non inficiano la validità e l'opportunità di un intervento immediato. L'attuale giurisprudenza di legittimità stabilisce che la mancata informazione medica, nel caso di danno alla salute, determina un concorso di responsabilità *contrattuale* (20) ed *extracontrattuale* (21).

Mentre la responsabilità *contrattuale* origina dall'inadempimento del dovere di informazione, quella *extracontrattuale* si presenta insieme alla precedente in caso del manifestarsi di danni psicofisici, conseguenti al trattamento o all'intervento chirurgico, eseguiti senza informare il paziente. Rientrano, infatti, nella sfera di responsabilità del medico i rischi, connessi ai trattamenti medici o alle relative modalità, che non siano stati preventivamente "comunicati" al paziente. Il paziente, solo in seguito alla corretta informazione sui rischi concreti, è messo nelle condizioni di scegliere in modo consapevole e "informato" e ciò libererebbe "a priori" il medico da responsabilità, salvo il caso di errori o colpa nell'esecuzione degli interventi richiesti. In caso di accertamento di concorso di responsabilità, si ha la legittimazione del paziente a richiedere e ottenere un doppio risarcimento dei danni (danno da inadempimento *contrattuale* e danno biologico).

Colpa lieve e colpa grave

La Giurisprudenza si è occupata a lungo e non senza contrasti del problema dell'importante differenziazione fra *colpa lieve* e *colpa grave* del professionista: attualmente si ritiene che "nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata" (22). La diligenza del professionista è una diligenza specifica, diversa da quella ordinaria (23), riferita all'uomo di normali capacità (il "buon padre di famiglia") e consiste nella "scrupolosa attenzione e nell'adeguata preparazione del professionista stesso" che può, però, rispondere per negligenza o imprudenza, senza distinguere tra colpa *lieve* e *grave* (24). Esiste un particolare rigore nell'intendere il regime di responsabilità in quanto in genere sono pretese dal professionista una preparazione adeguata e la massima attenzione esigibile (25-27).

Per *colpa lieve* è intesa l'omissione di diligenza (o la negligenza) conseguente alla preparazione non coerente con il caso concreto e che determina un danno nell'esecuzione dell'intervento operatorio o nell'ambi-

to della terapia medica: si concretizza nell'ipotesi di negligenza per *colpa lieve* la mancata informazione sui probabili esiti invalidanti dell'intervento chirurgico, per esempio nell'ipotesi dell'interruzione di gravidanza (27). Per *colpa grave* si intende la grossolanità dell'errore, dovuta alla violazione delle regole e alla mancata adozione degli strumenti, e quindi di quelle conoscenze che rientrano nel patrimonio minimo del medico, in quanto acquisite alla scienza medica (29). La *colpa grave* trova la sua applicazione nelle ipotesi di casi clinici di particolare complessità, dove non sono stati ancora eseguiti idonea sperimentazione o studi approfonditi (30-32), per cui attualmente la Giurisprudenza stabilisce che la *colpa grave* è applicabile nell'ipotesi di imperizia, nell'ambito di interventi complessi (33). L'imperizia conseguente a *colpa grave* consiste nella totale difformità del metodo o della tecnica scelti dalle conoscenze acquisite alla scienza e alla pratica mediche, "sia per l'approvazione delle autorità scientifiche che per la consolidata sperimentazione". Le conoscenze acquisite ufficialmente dalla scienza medica devono costituire il "necessario corredo culturale e professionale del medico" di quella branca specialistica.

È anche vero che il professionista ha una libertà di scelta tra le terapie e i metodi offerti dalla scienza medica, per cui la Giurisprudenza ritiene che non si ravvisano gli estremi della *colpa grave*, quando il medico abbia scelto, in alternativa, un rimedio che, pur essendo giudicato dal mondo scientifico non in maniera univoca, non sia però da questo scartato. Se però la scelta cade su un metodo rischioso, rispetto a un altro sicuro, ciò costituisce il momento iniziale della responsabilità del medico, qualora la situazione pericolosa non venga superata con esito felice, cioè quando l'intervento non migliori il quadro clinico o lo peggiori o si verifichi una complicanza: la responsabilità del medico è quindi sempre riconducibile al momento della scelta iniziale sul metodo (34). Nell'ipotesi di inadempimento del medico dipendente di una casa di cura *privata*, la Giurisprudenza ha ritenuto sussistente la responsabilità diretta *contrattuale* del medico e la responsabilità dell'istituto privato (responsabilità dei padroni e dei commessi) (35-37). Nell'ambito di intervento richiesto a una struttura ospedaliera *pubblica*, la responsabilità di quest'ultima e del medico dipendente è disciplinata, in via analogica, dalle norme sul contratto d'opera professionale: infatti, tra l'Ente ospedaliero e l'utente si instaura un rapporto *contrattuale*, e le prestazioni dedotte in contratto hanno natura professionale. Pertanto, non trovano applicazione nei confronti del medico gli articoli 22 e 23 del D.P.R. 10 Gennaio 1957 n. 3, in relazione alla responsabilità degli impiegati civili dello Stato (38): il medico, in sede giudiziaria, non è surrogato dall'Ente

pubblico di appartenenza, ma può essere convenuto direttamente nel giudizio civile e rispondere dei danni da esso causati.

Si può riscontrare una disparità di trattamento giudiziario dei medici inquadrati in una struttura pubblica rispetto ai soggetti dipendenti di Enti pubblici: infatti, questi ultimi rispondono davanti alla Corte dei Conti degli eventuali danni erariali, subiti dall'Ente pubblico, in seguito alla sua condanna civile al risarcimento dei danni: il pubblico impiegato è responsabile nei confronti della Pubblica Amministrazione per i danni erariali, a titolo di dolo o *colpa grave*. Invece il medico pubblico dipendente risponde in sede civile, nelle ipotesi di negligenza e/o imprudenza, eventualmente, anche per *colpa lieve*, mentre nelle ipotesi di imperizia risponde solo a titolo di *colpa grave* (39).

RESPONSABILITÀ EXTRA CONTRATTUALE

La responsabilità *extracontrattuale*, detta anche *aquiliana* (40), differisce da quella *contrattuale* in quanto non esiste un accordo patrimoniale fra le parti. Il principio generale deriva dal disposto dell'art. 2043: "Qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno". Ovvero è perseguibile di dolo o colpa colui che abbia violato il principio del *neminem laedere* (divieto di ledere un diritto soggettivo altrui cioè meritevole di tutela giuridica), indipendentemente dalla presenza o meno di un inadempimento *contrattuale*. Alla stregua di un qualunque fatto che determina un danno, tale dato è ritenuto ingiusto in quanto lesivo di una situazione giuridica soggettiva, meritevole di tutela, e quindi è considerato un illecito civile. Il fatto dannoso può essere causato da un comportamento commissivo o da un comportamento omissivo, connotati rispettivamente dal dolo o dalla colpa, e deve essere dimostrato il nesso causale tra la condotta umana e il danno ingiusto, altro elemento essenziale dell'illecito civile. La legge prevede, a carico dell'attore, ovvero di colui che agisce in giudizio (il paziente), un onere probatorio che deve comprendere la condotta, il danno ingiusto, il nesso di causalità e l'elemento psicologico del dolo o della colpa, mentre nell'ambito della responsabilità *contrattuale* l'attore deve provare solamente l'inadempimento negoziale. In relazione alla problematica della *colpa grave*, pur valendo quanto detto nel paragrafo relativo alla responsabilità *contrattuale*, nell'ambito di quella *extracontrattuale* si configura la *colpa grave* nelle ipotesi di imperizia nello svolgimento di interventi di particolare complessità. In caso di *colpa lieve* (23), spetterà al paziente danneggiato provare che l'intervento era di facile soluzione e che le con-

dizioni di salute hanno registrato un peggioramento, attraverso dati obiettivi quali cartelle cliniche, certificazioni mediche, perizie mediche, ecc.; in tal modo si dimostrerà la non corretta esecuzione o l'inadeguatezza della prestazione professionale. Il medico, convenuto in giudizio, dovrà al contrario provare di aver tenuto un comportamento basato sulla diligenza, sulla prudenza e sulla perizia e dovrà dimostrare la totale assenza di dolo o colpa nell'esecuzione dell'attività medica. Il medico è esente inoltre da responsabilità, qualora provi in giudizio l'impossibilità della corretta esecuzione della prestazione professionale, dovuta a cause a lui non imputabili, quali il caso fortuito o la forza maggiore (41). Il *danno risarcibile* deve essere suscettibile di valutazione economica e viene differenziato in danno patrimoniale e in danno biologico.

Il *danno patrimoniale* incide negativamente sulla sfera economica del soggetto: il risarcimento deve comprendere la perdita subita (o danno emergente) (p. es., le spese per nuove cure mediche, ecc.) e il mancato guadagno (o lucro cessante) (p. es., la lesione all'integrità psicofisica, la perdita della capacità di produrre reddito, ecc.) (42). Quest'ultima forma di danno è valutata dal giudice in via equitativa (43), ovvero sarà il magistrato che "con equo apprezzamento delle circostanze del caso" quantificherà il danno: ciò costituisce anche il criterio residuale per la liquidazione del danno (emergente e lucro cessante), qualora questo non possa "essere provato nel suo preciso ammontare" (43). Differente dal danno patrimoniale in senso stretto è il *danno biologico* o *lesione all'integrità psicofisica*. Il danno biologico è direttamente risarcibile in quanto costituisce una lesione del diritto fondamentale alla salute (1): si tratta di un danno liquidabile dal giudice in via equitativa (43) e che si manifesta in varie forme quali il danno estetico, il danno esistenziale e il danno alla vita di relazione. Quest'ultimo limita o impedisce l'esercizio delle attività quotidiane, normali, che siano, cioè, complementari rispetto all'attività lavorativa (44), ma anche una violazione del diritto a vivere serenamente, derivante da un errore diagnostico e da un'errata informazione, per esempio nell'ipotesi che il medico abbia comunicato al paziente di essere affetto da una gravissima malattia. È considerato danno biologico quello conseguente a continui e inutili trattamenti terapeutici (45) e a lungaggini causate da disorganizzazione o carenze della struttura ospedaliera (46). A tal proposito il medico è tenuto ad adottare le misure idonee a superare le eventuali carenze organizzative e a coordinare i compiti dell'*equipe* medica, per evitare danni o lesioni. Complessa è la questione riguardante la responsabilità medica, nell'ambito di un intervento in *equipe*, e i doveri inerenti al primario e al medico assistente nell'ambito della responsabilità

extracontrattuale del medico (46). Il primario non è esente da responsabilità, qualora il paziente ricoverato sia stato assegnato al medico assistente per cui il primario ha il dovere di dare istruzioni e direttive adeguate e di verificarne la "puntuale attuazione" (46). Qualora, invece, il ricoverato sia assegnato al primario medesimo, il medico assistente dovrà adempiere ai doveri legati alla sua "posizione funzionale di aiuto o di assistente" e sarà liberato da qualsiasi responsabilità, se dimostra di aver eseguito le prescrizioni "ragionevolmente corrette". Nell'ipotesi di assegnazione del ricoverato ad altro medico è sancito che il primario non deve esercitare "un controllo continuo e analitico" di tutte le attività terapeutiche, ma ha il dovere di informarsi dello stato di ogni paziente, di seguirne il decorso e di dare le opportune istruzioni. Il primario, sulla base delle notizie acquisite o che aveva il dovere di acquisire, ha l'obbligo di prendere le iniziative necessarie e i provvedimenti adeguati alle esigenze terapeutiche e di controllare la correttezza delle istruzioni date dagli altri medici. Il primario deve adottare o disporre e controllare che siano adottati gli accorgimenti idonei a ovviare alle deficienze ospedaliere e informare il paziente del maggior rischio connesso a un intervento che si svolga senza il presidio dello strumento. Il dovere di informazione è tanto più richiesto, qualora siano prevedibili complicazioni (p. es., il parto prematuro) e il primario, pertanto, ha il compito di vigilare sull'attività degli altri medici e di prevedere possibili complicità ed errori (47). Nella decisione in esame, emerge anche la figura del medico di fiducia del paziente, che sia anche dipendente della struttura ospedaliera ospitante. La Corte di Cassazione stabilisce che il medico di fiducia non è responsabile per le disfunzionalità e le carenze dell'ospedale, ma che ha l'obbligo di prestare ogni attenzione e cura che non siano incompatibili con le mansioni di pubblico dipendente; ha il dovere di "sconsigliare il ricovero in un ospedale inadeguato", di accertarsi delle condizioni di salute del paziente, recandosi in ospedale anche fuori dall'orario di servizio, e ha il dovere di segnalare il caso al primario, di "chiedere di essere informato dell'inizio e del decorso del travaglio", di rimarcare la necessità dell'accelerazione del parto e così via. L'altra voce di danno risarcibile è il *danno morale* (perturbamento psichico transeunte) (48), che deve integrare un fatto-reato, e il relativo risarcimento costituisce il "*pretium doloris*". La Giurisprudenza maggioritaria di legittimità stabilisce che, anche nelle ipotesi di estinzione del reato o

di improcedibilità dell'azione penale, il giudice civile adito ha l'obbligo di accertare la sussistenza degli estremi del reato (49).

CONCLUSIONI

L'aspetto più rilevante in tema di responsabilità in ambito sanitario rimane comunque la differenza fra configurare un fatto dannoso per il paziente come derivante da responsabilità *contrattuale* o *extracontrattuale*. Infatti, come già detto, per la responsabilità conseguente a un accordo (*contrattuale*) è richiesta al creditore (paziente) solo la dimostrazione dell'esistenza dell'obbligazione e del suo mancato ovvero inesatto adempimento, invece in materia di responsabilità *aquiliana* è imposto al danneggiato l'onere di dimostrare la colpa, il danno e il nesso di causalità, con un evidente aggravio degli oneri probatori, che spesso si rileva come impeditivo del ristoro degli stessi pregiudizi pur concretamente accertati. Si tenga presente che dagli anni '70 in poi l'orientamento della Giurisprudenza è quello di trattare i danni in ambito di responsabilità come derivanti da responsabilità *contrattuale* con evidente favore verso il paziente danneggiato.

Rispetto ad aspetti più prettamente processuali, ma che meritano un brevissimo cenno anche in questa sede, è da ricordare come recentemente è stato emanato il disposto del D.M. 180/2010 che impone l'obbligo di tentativo di mediazione civile per le azioni in materia di responsabilità sanitaria. Il sistema è ancora agli inizi e non esiste una Giurisprudenza consolidata in materia ma sicuramente è doveroso per gli operatori tenere conto di questo obbligo normativo che sarà tema di interventi futuri.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

Indirizzo degli Autori:

Dr. Fulvio Fiorini
S.O.C. Nefrologia, Dialisi e Dietologia
Ospedale S.M. della Misericordia
Viale Tre Martiri 140
45100 Rovigo
e-mail: fiorini.fulvio@azisanrovigo.it

BIBLIOGRAFIA

1. art. 32 Cost.
2. art. 1321 c.c.
3. art. 2222 e ss. c.c.
4. art. 2236 c.c.
5. art. 2232 c.c.
6. art. 2228 c.c.
7. art. 1256 c.c.
8. art. 1218 c.c.
9. Cass. Civ. Sez. III 30 Maggio 1996 n. 5005
10. art. 1326 c.c.
11. Fiorini F, Granata A, D'Amelio A, Lusenti T, Maltese G, Rapisarda A. Consenso informato: aspetti deontologici e giuridici. *G Ital Nefrol* 2011; 28 (1): 89-94.
12. art. 1418 c.c.
13. art. 1427 c.c.
14. art. 1421 c.c.; art. 1441 c.c.
15. art. 1422 c.c.
16. ex art. 1442 c.c.
17. Cass. Civ. Sez. III 15 Gennaio 1997 n. 364
18. Cass. Civ. Sez. III 8 Aprile 1997 n. 3046
19. Cass. Civ. Sez. III 25 Novembre 1994 n. 10014
20. Cass. Sez. III 6 Ottobre 1997
21. art. 2043 c.c.
22. art. 1176 c.c.
23. Cass. Civ. Sez. III 12 Agosto 1995 n. 8845
24. Cass. Civ. Sez. III 18 Ottobre 1994 n. 8470
25. ex art. 14 l. 22 Maggio 1978 n. 194
26. Cass. Civ. Sez. III 8 Luglio 1994 n. 6464
27. art. 2236 c.c.
28. Cass. Civ. Sez. III 26 Marzo 1990 n. 2428
29. Cass. Civ. Sez. III 12 Agosto 1995 n. 8845
30. Cass. Civ. Sez. III 8 Marzo 1979 n. 1441
31. Cass. Civ. Sez. III 3 Marzo n. 2466
32. Cass. Civ. Sez. III 13 Ottobre 1972 n. 3044
33. Cass. Civ. Sez. III, 8 Settembre 1998 n. 8875
34. Cass. Civ. Sez. III 11 Marzo 1998 n. 2698
35. Cass. Civ. Sez. III 27 Maggio 1993 n. 5939; 11 Aprile 1995 n. 4152; 1 marzo 1988 n. 2144
36. Cass. Civ. Sez. III 19 Maggio 1999 n. 4852
37. art. 2049 c.c.
38. Cass. Civ. Sez. III 1 Febbraio 1991 n. 977
39. Cass. Civ. Sez. III 18 Giugno 1975 n. 2439
40. Lex Aquilia de damno (iniuria dato)
41. art. 1256 c.c.
42. art. 1223 c.c.
43. art. 1226
44. Cass. Civ. Sez. III 82/6847; 80/5606; 85/5197; 80/168; 79/5544; 68/1886; 67/2819
45. Cass. Civ. Sez. III 1987 n. 2580
46. art. 7 DPR 27 Marzo 1969 n. 128
47. Cass. Civ. Sez. III 13 Marzo 2000 n. 2750
48. art. 2059 c.c.
49. Cass. 68/748; 71/3596; 75/1022; 84/699; 86/3093