

CIVILE.IT

[Civile.it](http://Civile.it)

## Responsabilità del medico e dell'ospedale

di Barbara Mantile e Giorgio Vanacore

ANCORA SULLA RESPONSABILITÀ™ DELLA STRUTTURA SANITARIA DA  
“MALPRACTICE”™ di Barbara Mantile praticante avvocato del Foro di Napoli e  
Giorgio Vanacore avvocato del Foro di Napoli studio legale Vanacore che ringrazio  
per il cortese invio per l'inserimento su questo sito. - [Photo courtesy of Lusi](#)

del 2009-07-20 su [Civile.it](http://Civile.it), oggi e' il 19.04.2024

**I) Come comunemente affermato dagli operatori del diritto**, la responsabilità medica “è” una species di responsabilità professionale, afferendo all'esercizio di un'attività di carattere intellettuale, che trova i suoi elementi qualificanti:

a) nella prestazione di un'opera intellettuale, improntata oltre che ai generali canoni di diligenza e prudenza, alle specifiche regole o c.d. *leges artis* del settore di riferimento del professionista (c.d. *perizia*);

b) nella (tendenziale) autonomia e discrezionalità (specialiter tecnica) riconosciuta al professionista nell'esecuzione della prestazione, anche ove si inserisca in un rapporto di lavoro subordinato (su tutti, l'esempio del medico dipendente dell'ente ospedaliero);

c) nel carattere personale della prestazione ai sensi dell'art. 2232 c.c..

All'apice delle problematiche si pone l'individuazione della natura della prestazione del sanitario, dei caratteri e del grado della colpa medica rilevante in ambito civilistico .

Secondo una distinzione tradizionale, la prestazione del medico appartiene alla categoria delle obbligazioni c.d. di mezzi, essendone anzi uno dei più<sup>1</sup> rilevanti esempi.

Argomentando in tale direzione, l'obbligazione del medico sarebbe pertanto quella di porre in essere un comportamento

professionalmente adeguato, espressione della diligenza che lo standard medio di riferimento richiede, non essendo al contrario tenuto a far conseguire al paziente il risultato sperato, consistente nella guarigione.

**II) In particolare, quanto agli argomenti da ultimo citati**, la diligenza cui è tenuto il medico nell'adempimento delle obbligazioni inerenti alla propria attività professionale non è tanto (o soltanto) quella del buon padre di famiglia, di cui all'art. 1176 comma 1 c.c., ma è piuttosto quella qualificata, richiesta dalla natura dell'attività esercitata, ai sensi del comma 2 del medesimo articolo.

L'espressione di tale diligenza qualificata, sub specie di particolare sforzo tecnico-scientifico, è la perizia, intesa come conoscenza e applicazione di quel complesso di regole tecniche proprie della categoria professionale d'appartenenza: nello specifico, si tratta delle *leges dell'ars medica*, di natura cautelare, tese a perimetrare l'ambito del c.d. rischio consentito e per l'effetto l'ambito di liceità dell'intervento.

Il richiamo alla perizia ha, dunque, in questi casi, la funzione di ricondurre la responsabilità alla violazione di obblighi specifici derivanti da regole disciplinari precise.

Ciò comporta, come è stato rilevato dalla dottrina, che la diligenza assume nella fattispecie un duplice significato: parametro di imputazione del mancato adempimento e criterio di determinazione del contenuto dell'obbligazione.

Va da sé che nelle varie discipline specialistiche, anche all'interno della stessa attività professionale medica, la perizia di volta in volta si caratterizza in modi parzialmente diversi, riempiendosi dei significati tecnico-qualitativi attinti dallo standard medio dello specialista di riferimento, fermi comunque quei principi fondamentali comuni a qualsiasi ramo dell'attività medica.

In definitiva, su ogni sanitario gravano, accanto ai generali doveri di diligenza e prudenza, una perizia, il cui contenuto è rappresentato:

a) da un lato, dalle *leges artis* comuni a qualsiasi ramo della professione medica (id est, di medicina di base);

b) dall'altro, alle regole di condotta specifiche del settore di specializzazione del singolo sanitario.

**III) Precisa in tal senso, Cass. civ., sez. II, 9 novembre 1982 n. 5885**, che 'in tema di responsabilità professionale, l'inadempimento [â€¦] v'è valutato alla stregua del dovere di diligenza che in tale materia prescinde dal criterio generale della diligenza del buon padre di famiglia e si adegua, invece, alla natura dell'attività esercitata. Conseguente che l'imperizia professionale presenta un contenuto variabile, da accertare in relazione ad ogni singola fattispecie, rapportando la condotta effettivamente tenuta dal prestatore alla natura e specie dell'incarico professionale ed alle circostanze concrete in cui la prestazione deve svolgersi e valutando detta condotta attraverso l'esame nel suo complesso dell'attività prestata dal professionista'.

Con la conseguenza che la colpa medica ricorre in tutte le ipotesi di inosservanza e/o violazione da parte del sanitario delle specifiche regole cautelari di condotta proprie dell'agente modello del settore specialistico di riferimento (ipotizzandosi tanti agenti-modello, quante sono le branche specialistiche della medicina: es. radiologo, cardiologo etc.).

Essa potrà essere omissiva, allorché l'errore medico (terapeutico o diagnostico) si sostanzia nell'omissione delle cautele prescritte dalle speciali regole di condotta, da valutare anche alla stregua dei protocolli terapeutici standardizzati; commissiva, laddove la violazione delle suddette regole si sostanzia in una condotta attiva. Accanto a tale colpa professionale, o speciale, nulla esclude che possa ascrivere al medico anche una responsabilità per colpa generica, per inosservanza delle regole generali di diligenza e prudenza.

Il codice civile riserva alla responsabilità professionale, nel cui ambito rientra quella medica, un'apposita disciplina speciale di cui all'art. 2236 c.c., in considerazione delle peculiarità della prestazione intellettuale.

La norma in questione pone una limitazione di responsabilità del prestatore d'opera, circoscrivendola ai soli casi di dolo o colpa grave, qualora si trovi di fronte a problemi tecnici di speciale difficoltà. La ratio di questa limitazione di responsabilità consiste nell'esigenza di contemperamento di due opposti interessi: da un lato, la necessità di non mortificare l'iniziativa del professionista nella risoluzione di casi di particolare difficoltà, esponendolo a continue rappresaglie risarcitorie da parte dei pazienti; dall'altro, non indulgere verso atteggiamenti improntati a leggerezza e negligenza (v. in tal senso, la relazione di accompagnamento del disegno di legge del codice civile; nonché Corte Cost. n.166/1973).

**IV) Circa l'ambito applicativo di detta previsione**, la giurisprudenza ha, tuttavia, formulato due fondamentali precisazioni:

a) la norma si applica soltanto quando sia in discussione la perizia del professionista, non quando, al contrario, ci si trovi di fronte all'imprudenza o all'incuria, operando in relazione a queste ultime il giudizio improntato a criteri di normale severità (colpa lieve) di cui all'art.1176, comma 2;

b) ed inoltre, occorre che la perizia sia impiegata per la risoluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, in quanto poco

studiati o molto dibattuti con riguardo ai metodi terapeutici da adottare, per essere caratterizzati dalla straordinarietà e particolare eccezionalità del loro manifestarsi.

In tal senso, si è affermato che la limitazione della responsabilità professionale del medico ai soli casi di dolo o colpa grave a norma dell'art. 2236 c.c. si applica nelle sole ipotesi che presentino problemi tecnici di particolare 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 ed inadeguata preparazione. La sussistenza della negligenza va valutata in relazione alla specifica diligenza richiesta al debitore qualificato dall'art. 1176, comma 2, c.c.

È chiaro, peraltro, che nei casi di 'speciale difficoltà' - la responsabilità di uno specialista (o di una struttura specializzata) sia più facilmente dimostrabile rispetto a quella di un medico generico o non competente in quello specifico settore o, ancora, privo di strumenti adeguati.

Ciò non toglie che, in ogni caso, il grado di diligenza debba essere valutato con riferimento alle circostanze del caso: può infatti ricorrere una colpa c.d. per assunzione del medico inesperto; ovvero, in relazione alla inadeguatezza delle dotazioni della struttura ospedaliera, una colpa nell'uso di apparecchiature non idonee e/o per non aver trasferito, con tempestività, il paziente presso una struttura adeguatamente attrezzata per quello specifico intervento.

La giurisprudenza ha, in tal senso, precisato che l'attenuazione di responsabilità, peraltro, ulteriormente limitata dalla richiesta, in capo al professionista, di una scrupolosa attenzione, pretendendosi dallo specialista uno standard di diligenza superiore al normale: così, il richiamo (ormai, poco che formale e declamatorio) al concetto di colpa grave non vale più come criterio di valutazione di una grossolana divergenza dalla diligenza media, ma come scarto di diligenza esigibile da uno specialista (dal quale, appunto, pretendere una preparazione ed un dispendio di attività superiore al normale: CC 4437/1982, Di Biagio/Cassa maritt. Meridion.), mentre non si consente al non specialista il trattamento di un caso altamente specialistico (CC 2428/1990, che ritenne responsabile un ortopedico il quale, senza esperienza nel campo, affrontò un intervento di alta chirurgia neoplastica) (Cass. n.9471/2004).

Nel solco di questa ormai consolidata impostazione giurisprudenziale e dottrinale si colloca la recentissima sentenza 13-03-2007, n. 5846, con la quale la Suprema Corte ha ulteriormente ribadito che 'La limitazione di responsabilità non si applica (è!) al professionista generico che consapevolmente abbia ommesso di consultare uno specialista che avrebbe potuto indirizzarlo, oltre che ad una diagnosi corretta, verso un intervento con conseguenze meno dannose'.

Per quanto riguarda, invece, la natura della responsabilità della struttura sanitaria, la Cassazione l'ha costantemente inquadrata in ambito contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto (v. per es. Cass. n. 5939/1993; Cass. n. 4152/1995; Cass. n. 7336/1998; più di tutte si legga, Cass. n. 589/1999; Cass. n. 3492/2002; Cass. n. 11316/2003; Cass. n. 10297/2004 e da ultimo Cass. n.9085/2006).

A fondamento di detta responsabilità contrattuale, l'orientamento più recente della giurisprudenza (già in Cass., Sez. Un., n.

9556/2002), pone la figura del contratto atipico c.d. di ospedalità o di assistenza sanitaria.

**V) Si Ã**, in particolare, affermato che **'Il rapporto che si instaura tra paziente e casa di cura privata (o ente ospedaliero)** ha fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo (che ben puÃ² essere adempiuta dal paziente, dall'assicuratore, dal Servizio Sanitario Nazionale o da altro Ente), insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo 'lato sensu' alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze. Ne consegue che la responsabilitÃ della casa di cura (o dell'Ente) nei confronti del paziente ha natura contrattuale, e puÃ² conseguire, ai sensi dell'art. 1218 c.c., all'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico, nonchÃ©, ai sensi dell'art. 1228 c.c., all'inadempimento della prestazione medico-professionale svolta direttamente dal sanitario, quale suo ausiliario necessario pur in assenza di un rapporto di lavoro subordinato comunque sussistendo un collegamento tra la prestazione da costui effettuata e la sua organizzazione aziendale, non rilevando in contrario al riguardo la circostanza che il sanitario risulti essere anche 'di fiducia' dello stesso paziente, o comunque dal medesimo scelto' (Cass., n. 13066/2004; e negli stessi termini Cass. n. 2042/2005).

Alla stregua di tale orientamento, dunque:

- oggetto della obbligazione non Ã solo la prestazione del medico, ma una prestazione complessa definita di 'assistenza sanitaria', fondata sul contratto atipico individuato dalla sentenza Cassazione n. 13066/2004 in base allo schema della 'locatio operis', con obbligazione di risultato;

- unitario Ã il criterio della responsabilitÃ, sia per la casa di cura privata che pubblica, non essendo possibile differenziare la responsabilitÃ in base alla natura del soggetto danneggiante, trattandosi di violazioni che incidono sul bene della salute, tutelato quale diritto fondamentale dalla nostra Carta costituzionale, senza possibilitÃ di limitazioni di responsabilitÃ o differenze risarcitorie a seconda della diversa natura (pubblica o privata) della struttura sanitaria;

- parificato Ã il regime giuridico tra soggetto pubblico e privato, escludendosi per il medico operante all'interno della struttura sanitaria pubblica l'applicabilitÃ della normativa prevista dagli artt. 22 e 23 del D.P.R. 10.1.1957 n. 3 con riguardo alla responsabilitÃ degli impiegati civili dello Stato (la limitazione tout court della responsabilitÃ dei dipendenti pubblici ai casi di dolo e colpa grave, ivi prevista, si risolverebbe, infatti in una ingiustificata disparitÃ di trattamento tra medico pubblico e privato, a fronte dell'identitÃ di prestazione effettuata: in entrambi i casi, dunque, troveranno applicazione le norme civilistiche di cui agli artt. 1176, 1218 e 2236 c.c.; cfr. Cass. n. 5939/1993 e negli stessi termini Cass. n. 4152/1995 e da ultimo Cass. n. 4058/2005).

Sul punto, le Sezioni Unite, con sentenza 11 gennaio 2008, n. 577, hanno ribadito che: 'per quanto concerne la responsabilitÃ della struttura sanitaria nei confronti del paziente Ã irrilevante che si tratti di una casa di cura privata o di un ospedale pubblico in quanto sostanzialmente equivalenti sono a livello normativo gli obblighi dei due tipi di strutture verso il fruitore dei servizi, ed anche nella giurisprudenza si riscontra una equiparazione completa della struttura privata a quella pubblica quanto al regime della responsabilitÃ civile anche in considerazione del fatto che si tratta di violazioni che incidono sul bene della salute, tutelato quale diritto fondamentale dalla Costituzione, senza possibilitÃ di limitazioni di responsabilitÃ o differenze risarcitorie a seconda della diversa natura, pubblica o privata, della struttura sanitaria. Questa Corte ha costantemente inquadrato la responsabilitÃ della struttura sanitaria nella responsabilitÃ contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto'.

Nello specifico, il rapporto che si instaura tra il paziente e la casa di cura (o l'ente ospedaliero) 'ha fonte in un atipico contratto a prestazioni corrispettive con effetti protettivi nei confronti del terzo, da cui, a fronte dell'obbligazione al pagamento del corrispettivo' insorgono a carico della casa di cura (o dell'ente), accanto a quelli di tipo "lato sensu" alberghieri, obblighi di messa a disposizione del personale medico ausiliario, del personale paramedico e dell'apprestamento di tutte le attrezzature necessarie, anche in vista di eventuali complicazioni od emergenze' (Cass. Civ., 14 luglio 2004, n. 13066).

Inoltre, è irrilevante, ai fini della responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, lo status giuridico del medico in relazione alla struttura ospedaliera nella quale è stato eseguito l'intervento o la prestazione: in ogni caso questi, nel momento in cui effettua la prestazione all'interno della struttura sanitaria, è considerato quale ausiliario necessario, sia in presenza che in assenza di un rapporto di lavoro subordinato, sussistendo comunque un collegamento tra la prestazione medica e l'organizzazione aziendale; tale collegamento permane anche se il sanitario risulti essere 'di fiducia' del paziente (Cfr. in tal senso Cass. n. 10297/2004).

#### **VI) In ordine a quest'ultimo profilo, occorre, tuttavia, precisare che:**

a) se il paziente si rivolge direttamente alla struttura sanitaria, della quale il medico è dipendente, la responsabilità contrattuale dell'Ente si fonda sul contratto stipulato dal paziente per l'effettuazione della prestazione sanitaria ;

b) nel caso, invece, in cui il rapporto sia sorto direttamente con un professionista di fiducia, ma sia stato comunque il paziente a rivolgersi, anche se su indicazione del medico di fiducia, alla struttura sanitaria, dell'intervento del medico quest'ultima sarà responsabile anche in virtù del principio del contatto sociale;

c) solo nel caso in cui il contratto si sia concluso direttamente con il professionista e sia stato quest'ultimo a contattare la casa di cura, per l'affitto delle attrezzature o la locazione delle stanze, quest'ultima sarà responsabile solamente delle prestazioni accessorie concordate col paziente (es: assistenza infermieristica, sala operatoria, medicazioni , ecc), svolgendo un ruolo di mero ausilio strutturale: detta responsabilità sarà, nel dettaglio, riconducibile all'art. 2050 c.c. se i mezzi usati dal medico siano pericolosi, o all'art. 2051 c.c., quale custode delle strutture o della apparecchiature, nel caso in cui il danno sia ascrivibile al mancato o difettoso uso delle stesse.

Dalla natura contrattuale della responsabilità del medico ospedaliero discendono precise conseguenze con riguardo ai parametri che egli deve osservare nell'esecuzione della prestazione. Trova in tal caso applicazione il combinato disposto degli artt. 1176, 2° co., già citato, e 2236 c.c.: il che vuol dire che il medico ospedaliero è tenuto ad osservare non già la diligenza del buon padre di famiglia, bensì quella, di più intenso grado, del buon professionista. E detto grado di diligenza deve essere ancor più intenso in considerazione della specializzazione del medico, tenuto conto che a diversi gradi di specializzazione corrispondono diversi gradi di perizia. Il che vuol dire, cioè, che il giudizio sull'osservanza del parametro di diligenza richiesto va calibrato in funzione delle caratteristiche del professionista e della struttura entro la quale egli opera.

Il medico ospedaliero, inoltre, in ragione della natura contrattuale dell'obbligazione, è contrattualmente tenuto al risultato

dovuto - venendo così a cadere, come si ribadirà tra breve, la tradizionale distinzione dell'obbligazione «di mezzi» obbligazioni «di risultato» - ossia al risultato conseguibile secondo criteri di normalità, da valutarsi in relazione alle condizioni del paziente, all'abilità tecnica del professionista e alla capacità tecnico-organizzativa della struttura.

Acclarata la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria, secondo l'orientamento attualmente prevalente, tale responsabilità si fonderà :

- sulla norma generale di cui all'art. 1218 c.c. per l'inadempimento delle obbligazioni direttamente a suo carico (responsabilità per fatto proprio);

- sulla previsione di cui all'art. 1228 c.c., per i fatti dolosi e colposi dei terzi (sanitari, personale paramedico, ausiliario etc.), di cui si avvale la struttura sanitaria nell'adempimento dell'obbligazione (c.d. responsabilità oggettiva per fatto altrui).

In quest'ultimo caso, peraltro, la responsabilità sarà configurabile solamente nel caso in cui sia accertata la colpa del sanitario (oltre che il nesso di causalità tra la condotta del sanitario e il danno al paziente).

Alla stregua di quanto evidenziato sopra, le obbligazioni a carico della struttura sanitaria possono sintetizzarsi in:

1) prestazioni di diagnosi, cura e assistenza post-operatoria;

2) prestazioni di tipo organizzativo relative anche alla sicurezza e manutenzione delle attrezzature e dei macchinari in dotazione;

3) vigilanza e custodia dei pazienti;

4) prestazione di natura alberghiera (vitto-riscaldamento-alloggio).

In definitiva, l'attività del medico all'interno della struttura sanitaria non è che un segmento della più complessa prestazione richiesta all'Ente e può, quindi, sussistere una responsabilità della struttura sanitaria anche in mancanza di responsabilità del

personale sanitario.

**VII) In termini più chiari, la struttura sanitaria risponderà del danno da disorganizzazione** nell'ipotesi di violazione dell'obbligo accessorio, connesso alla prestazione principale, di non recare danno ingiusto al paziente per omissione di diligenza nel predisporre gli strumenti necessari all'esatto adempimento della prestazione sanitaria ex artt. 1175 e 1375 cod. civ.

Omologate le responsabilità della struttura sanitaria e del medico come responsabilità entrambe di natura contrattuale, si elidono per il paziente le differenze di regime giuridico a seconda che agisca nei confronti dell'ente ospedaliero o del medico dipendente: e ciò, in particolare, sia ai fini della rilevanza del grado della colpa (ex art. 1176, comma 2 in combinato disposto con l'art. 1218 c.c.; nonché ex art. 2236 c.c.), di cui si è detto, che della ripartizione dell'onere probatorio.

Le Sezioni Unite con la sentenza 30.10.2001, n. 13533, in tema di onere della prova dell'inadempimento e dell'inesatto adempimento, nel risolvere un contrasto di giurisprudenza tra le sezioni semplici, hanno enunciato il principio, secondo cui il creditore che agisce per la risoluzione contrattuale, per il risarcimento del danno, ovvero per l'adempimento, deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre il debitore convenuto è gravato dall'onere della prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento.

Analogo principio è stato enunciato con riguardo all'inesatto adempimento, rilevando che al creditore istante è sufficiente la mera allegazione dell'inesattezza dell'adempimento (per violazione di doveri accessori, come quello di informazione, ovvero per mancata osservanza dell'obbligo di diligenza, o per difformità quantitative o qualitative dei beni), gravando ancora una volta sul debitore l'onere di dimostrare l'avvenuto, esatto adempimento.

Applicando detti principi alla responsabilità professionale del medico, la Cassazione inaugura un nuovo orientamento, secondo il quale 'il paziente che agisce in giudizio deve provare il contratto e allegare l'inadempimento del sanitario restando a carico del debitore l'onere di provare l'esatto adempimento' (Cass. n.10297/2004, Cass. n.9085/2006 e da ultimo Cass., Sez. III<sup>o</sup>, 13 aprile 2007, n. 8826).

Più precisamente, il paziente dovrà provare l'esistenza del contratto e l'aggravamento della situazione patologica o l'insorgenza di nuove patologie per effetto dell'intervento, restando a carico del sanitario o dell'ente ospedaliero la prova che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che quegli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile.

La distinzione tra prestazione di facile esecuzione e prestazione implicante la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà non rileva dunque quale criterio di distribuzione dell'onere della prova, ma dovrà essere apprezzata per la valutazione del grado di diligenza e del corrispondente grado di colpa, restando comunque a carico del sanitario la prova che la

prestazione era di particolare difficoltà (Cass. n.10297/2004 e Cass., Sez. III<sup>o</sup>, 13 aprile 2007, n. 8826).

Significativo è, con riferimento a quest'ultimo principio, il ragionamento di Cass. 21-06-2004, n. 11488, la quale afferma che 'la prova dell'incolpevolezza dell'inadempimento (ossia della impossibilità della prestazione per causa non imputabile al debitore) e della diligenza nell'adempimento è sempre riferibile alla sfera d'azione del debitore, in misura tanto più marcata quanto più l'esecuzione della prestazione consista nell'applicazione di regole tecniche, sconosciute al creditore in quanto estranee al bagaglio della comune esperienza e specificamente proprie di quello del debitore'.

E ancora, se nell'obbligazione di mezzi l'oggetto della prestazione è un comportamento diligente e, specularmente, l'inadempimento coincide con il difetto di diligenza nell'esecuzione della prestazione, 'non vi è dubbio che la prova sia vicina a chi ha eseguito la prestazione, tanto più che trattandosi di obbligazione professionale il difetto di diligenza consiste nell'inosservanza delle regole tecniche che governano il tipo di attività alla quale il debitore è tenuto' (Cass. n. 10297/2004 cit.).

Quindi, per il principio di vicinanza della prova, compete al medico, che è in possesso degli elementi utili per paralizzare la pretesa del creditore nonché del bagaglio conoscitivo necessario, provare l'esatto adempimento o l'incolpevole inadempimento. Con la precisazione, peraltro, che la prova cui è tenuto il medico (e la struttura sanitaria) dell'assenza di colpa non va intesa come 'prova negativa', bensì come prova positiva del fatto contrario (ovvero che la prestazione è stata eseguita diligentemente).

Barbara Mantile praticante avvocato del Foro di Napoli

Giorgio Vanacore avvocato. del Foro di Napoli

studio legale Vanacore

- Barbara Mantile e Giorgio Vanacore

Hai letto: *Responsabilità del medico e dell'ospedale*

Approfondimenti: [Medico](#) > [Salute](#) > [Responsabilit  del medico](#) > [-y-](#) >

[Commenti](#) - [Segnalazioni](#) - [Home Civile.it](#)