

IL RISARCIMENTO DEL DANNO
ALL'AUTODETERMINAZIONE E LE TABELLE PER LA
LIQUIDAZIONE DEL DANNO

*THE COMPENSATION FOR DAMAGE TO SELF-DETERMINATION
AND TABLES FOR DAMAGE CALCULATION*

Actualidad Jurídica Iberoamericana N° 22, enero 2025, ISSN: 2386-4567, pp. 510-549

Stefania PIA
PERRINO

ARTÍCULO RECIBIDO: 19 de junio de 2024

ARTÍCULO APROBADO: 7 de enero de 2025

RESUMEN: Le conseguenze pregiudizievoli derivanti dalla lesione del bene costituzionalmente protetto dell'autodeterminazione nelle cure possono essere risarcite pure in difetto di una malattia nel corpo e nella mente causata dall'operato del medico e dalle prestazioni offerte dalla struttura ospedaliera. Queste sono le conclusioni raggiunte ormai dall'indirizzo giurisprudenziale più moderno e maggioritario, cionondimeno solo nelle più recenti tabelle para-normative si evidenzia l'emancipazione dei criteri di quantificazione delle conseguenze risarcibili dalla personalizzazione del danno dinamico relazionale (già biologico). All'opposto, tale autonomia sembra nuovamente smarrirsi nelle trame delle nuove tabelle delle menomazioni all'integrità psicofisica di lieve e grave entità, di cui agli artt. 138-139 del Codice delle Assicurazioni private, d.lgs. 7 settembre 2005, n. 209, applicabili tanto ai sinistri stradali quanto alle fattispecie riconducibili alla medical malpractice. Per tale ragione, l'A. si interroga sul perimetro di applicazione delle nuove tabelle e sulla possibilità di utilizzarle anche per la quantificazione e la liquidazione delle conseguenze pregiudizievoli prodotte dall'inadempimento informativo in ambito terapeutico.

PALABRAS CLAVE: Consenso informato; inadempimento informativo; responsabilità medica; danno non patrimoniale; tabelle.

ABSTRACT: *Damages over self-determination in treatment may be compensated even in the absence of an illness in body and mind caused by the medical malpractice and the breach of the contract with the hospital. These are the conclusions reached by now by the most modern and majority Italian case law, nevertheless only in the most recent para-normative tables the criteria for quantifying the indemnifiable consequences have been emancipated from the personalisation of the dynamic relational damage (formerly biological damage). On the other hand, such autonomy seems to be lost again in the new tables provided to implement artt. 138-139 of the code of private insurance companies, legislative decree no. 209 of 7 September 2005, which apply both to car accidents damages and medical malpractice consequences. For this reason, the author questions the perimeter of application of the new tables and the possibility of also using them for the quantification and settlement of the prejudicial consequences produced by the failure to provide information in the field of treatment.*

KEY WORDS: *Informed consent; duty to inform; medical malpractice; non patrimonial damages; tables.*

SUMARIO.- I. PREMESA SULL'AUTODETERMINAZIONE TERAPEUTICA.- II. IL DANNO ALL'AUTODETERMINAZIONE TERAPEUTICA.- III. LE TABELLE PER LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO ALL'AUTODETERMINAZIONE NELLE CURE.- I. Le tabelle giudiziali.- 2. Le tabelle RCA.- IV. IL PROBLEMA QUALIFICATORIO DELLA RESPONSABILITÀ DA INADEMPIMENTO INFORMATIVO.- V. RISCONTRI: IL DANNO DA TRATTAMENTO ESTETICO.- VI. RIFLESSIONI CONCLUSIVE.

I. PREMESA SULL'AUTODETERMINAZIONE TERAPEUTICA.

Fino a metà del diciannovesimo secolo¹, il malato soffriva e il medico curava: il primo pativa una condizione umana pressoché ineluttabile², come un testimone impotente³ di un fenomeno, ossia la patologia, causato da fattori esterni complessi, mistici e incontrollabili. Il secondo, in qualità di taumaturgo, esercitava sul paziente una potestà⁴: proponeva e aderiva alla strategia curativa preferibile, quali che fossero i rischi, i vantaggi e i costi. La malattia e la cura, quantomeno per lo sfortunato paziente, si sottraevano all'analisi scientifica per formare oggetto, invece, della "metafisica del male"⁵. Anche se il dottore riusciva a formulare una diagnosi, a prevedere il decorso della malattia e a individuare il trattamento medicale idoneo, l'informazione era estranea al rapporto, così come lo era il diritto. È lo stesso Corpus Hippocraticum che prescrive, nel trattato Sulla Decenza⁶ al medico ipocratico di non condividere le condizioni del paziente e tantomeno la terapia con il malato, per il suo bene⁷. Per converso, il soggetto passivo del rapporto aveva il dovere di accettare l'intervento del sanitario, vista la sua incompetenza e, dunque, la sua inidoneità ad assumere una scelta autonoma. Il "ministro del malato" operava nell'interesse e per il bene esclusivo dell'assistito, come un padre che cerca di persuadere i figli prima di adottare le decisioni. Conseguentemente, l'eventuale responsabilità professionale era prima di tipo religioso, poi semmai di natura etica, con una conseguente condizione di impunità sul piano giuridico.

1 CABGUILHEM, G.: *Sulla medicina*, Einaudi, Torino, 2002, p. 10; FOUCAULT, M.: *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1963.

2 NATOLI, S.: *L'esperienza del dolore*, Feltrinelli, Milano, 1987, p. 132.

3 Usa queste parole TOMASI DI LAMPEDUSA, G.: *Il Gattopardo*, Feltrinelli, Milano, 1983, p. 232.

4 NANNINI, U.G.: *Il consenso al trattamento medico. Presupposti teorici e applicazioni giurisprudenziali in Francia, Germania e Italia*, Giuffrè, Milano, 1989, p. 2; GORGONI, M.: "Il medico non ha il diritto, ma solo la potestà di curare", *Resp. civ. prev.*, 2008, num. 7-8°, p. 1542; GORGONI, M.: "Il trattamento sanitario arbitrario nella morsa tra diritto vivente e diritto vigente", *Resp. civ. prev.*, 2017, num. 3°, p. 739; TOSCANO, G.: *Informazione, consenso e responsabilità sanitaria*, Giuffrè, Milano, 2006, p. 81 ss.; ROTONDO, V.: *Responsabilità medica e autodeterminazione della persona*, ESI, Napoli, 2020, p. 65.

5 FOUCAULT, M.: *Nascita*, cit. p. 222.

6 IPPOCRATE: *Opere*, Utet, Torino, 1996, p. 415 ss.

7 LA MONACA, G.-TAMBONE, V.-ZINGARO, N.-POLACCO, M.: *L'informazione nel rapporto medico-paziente*, Giuffrè, Milano, 2005, p. 33 ss.

• Stefania Pia Perrino

Assegnista di Ricerca Post-dottorale in Diritto Privato presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca. E-mail: stefania.perrino@unimib.it

Nonostante l'illustrata condizione di privilegio del medico⁸, il consenso informato aveva già formato parte delle riflessioni di alcuni autori. Difatti, già Platone⁹ proponeva un correttivo al tradizionale assetto paternalistico del rapporto di cura. Si cominciava ad evidenziare l'opportunità di implementare la prassi di informare il paziente: in questo ordine di idee, il medico avrebbe dovuto far capire al paziente le opzioni terapeutiche, senza imporre la cura, e il malato avrebbe dovuto conseguire i dati, senza lasciarsi influenzare nella selezione delle proposte dannose per la propria integrità fisica. E, allora, la carenza informativa rispecchiava non tanto la tradizione quanto l'incompetenza del professionista rispetto al malato.

Il correttivo di Platone non coincide con l'odierna accezione del consenso informato, tuttavia ne costituisce un primo precedente risalente e virtuoso, accantonato almeno fino all'Umanesimo e al Rinascimento, allorché si svilupparono le ideologie autonomistiche e liberali. A partire dalla fine del diciannovesimo secolo, poi, sono emerse le istanze di soggettivizzazione del paziente nelle cure. È così mutato il concetto di persona malata, sono cambiate le accezioni dei concetti di malattia e salute, si è ampliato il numero di soggetti dotati di informazioni e di competenze¹⁰. La medicina è diventata fruibile per un più ampio novero di soggetti e viene intesa come una scienza della natura, idonea ad essere messa in discussione ogni qualvolta i presupposti generali su cui si fonda risultano insufficienti o scorretti. Aumentano gli esami di laboratorio e diminuisce, in parte, la valenza dell'attività diagnostica dell'anamnesi e dell'esame obiettivo svolto personalmente dal sanitario. La salute cambia veste, tenuto conto della nozione elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, per essere intesa come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, non solo l'assenza di affezioni o malattie¹¹. Si diffondono le informazioni e le modalità di elaborazione dei dati, anche grazie ai progressi scientifici e tecnologici¹².

8 LA MONACA, G.-TAMBONE, V.-ZINGARO, N.-POLACCO, M.: *L'informazione*, cit., p. 67.

9 PLATONE: *Tutti gli scritti*, Rusconi, Milano, 1991.

10 LA MONACA, G.-TAMBONE, V.-ZINGARO, N.-POLACCO, M.: *L'informazione*, cit., p. 77. Sul punto, si veda anche RODOTÀ, S.: *Dal soggetto alla persona*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2007; RODOTÀ, S.: *Il nuovo Habeas corpus: la persona costituzionalizzata e la sua autodeterminazione*, in AA.VV.: "Ambito e fonti del biodiritto", *Trattato di Biodiritto* (coordinated by RODOTÀ, S.- ZATTI, P.), Giuffrè, Milano, 2011, p. 211 ss. Sulla soggettivizzazione del paziente nel rapporto terapeutico, si veda NICOLUSSI, A.: "Testamento biologico e problemi di fine vita: verso un bilanciamento di valori o un nuovo dogma della volontà?", *Eur. dir. priv.*, 2013, 2, p. 463 ss.

11 La nuova nozione può essere consultata nel Preambolo alla costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, come adottato dalla Conferenza Internazionale della Sanità di New York, 19-22 giugno 1946. Sul punto, si vedano VETTORI, N.: "Il diritto alla salute alla fine della vita: obblighi e responsabilità dell'amministrazione sanitaria", *Riv. it. med. leg.*, 2016, p. 1463 ss.; GUARNIERI, A.: "Profili giuridici della fine della vita umana", *Resp. civ.*, 2009, p. 1707 ss.; ROTONDO, V.: *Responsabilità medica e autodeterminazione della persona*, ESI, Napoli, 2020, p. 31 ss.

12 Descrive questa "rivoluzione terapeutica" COSMACINI, G.: *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Editori Laterza, Roma-Bari, 1994, p. 19 ss.

Avverso la disumanizzazione¹³ della prassi terapeutica, la scienza medica prima e la scienza giuridica hanno perseguito l'obiettivo di considerare il malato oltre la sua condizione patologica, atteso che si tratta di un soggetto¹⁴ al pari di chi è deputato a curarlo. Conseguentemente, il paziente ha maturato una sfiducia nella autorità morale del medico, in precedenza assoluta e incontestabile¹⁵. Sicché, è emersa la necessità di elaborare forme di contestazione della medical malpractice ed è divenuto centrale il dialogo con il paziente, il quale può non aderire al piano terapeutico trattenuto dal sanitario. Così da una responsabilità morale per il cattivo esercizio dell'arte¹⁶, cominciano ad affiorare sanzioni disciplinari fino a inaugurare la rilevanza giuridica della prestazione del professionista della cura, intesa come corretta esecuzione del trattamento, realizzato all'esito di un dialogo con il fruitore.

È a partire dagli anni Novanta¹⁷ che il diritto all'autodeterminazione terapeutica ha assunto i contorni di una situazione giuridica soggettiva, tutelata attraverso la previsione di limiti di validità del consenso¹⁸ e un obbligo giuridico di informare, in capo al personale medico-sanitario¹⁹. Il consenso all'atto medico, che aveva una rilevanza esclusivamente deontologica e contrattuale, diviene l'imprescindibile presupposto per la legittimità del trattamento medico-chirurgico²⁰. La violazione dell'atto di autorizzazione²¹ allo svolgimento della prestazione è attualmente

13 VON WEIZSÄKER, V.: *Der kranke Mensch*, K.F. Koeler Verlag, Stoccarda, 1951, p. 352.

14 SPISANTI, S.: "L'antropologia medica di Viktor v. Witzsäker: conseguenze etiche", *Medicina e Morale*, Inum. 3, 1985, p. 531-543.

15 SHORTER, E.: *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, Feltrinelli, Milano, num. 52-53, 1986, p. 111.

16 Tra i codici di deontologia, il primo che discorre di doveri del medico verso il pubblico e, segnatamente, del consenso informato è il Codice di Etica e di Deontologia dell'Ordine dei Medici della pronuncia di Sassari, che all'art. 4 vantava il concetto di consenso informato al trattamento. Secondo la norma, il medico non può intraprendere alcun atto operativo senza avere prima ottenuto il consenso dall'ammalato e dalle persone dalle quali il paziente dipende, nel caso in cui si tratti di minore o di incapace. In caso di urgenza, il medico può derogare alla regola citata, ma nelle ipotesi particolarmente gravi si prevedeva la richiesta del medico ad un collega per concorrere ed assumere una parte della responsabilità, specie quando si tratta di procurare un aborto terapeutico. Sul punto, si veda PROCINO R.: *I codici deontologici in Italia. Il percorso di una evoluzione*, in FNOMCEO. *Nel cinquantenario della ricostruzione, 1946-1996*, p. 109.

17 POSTERARO, N.: *Il diritto alla salute e l'autodeterminazione del paziente*, AA.VV.: "La nuova responsabilità medica. Una ricostruzione giurisprudenziale alla luce della Legge Gelli-Bianco" (coordinated by G. CASSANO), Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2020, p. 34 ss.

18 PERLINGIERI, P.: *La personalità umana nell'ordinamento giuridico*, ESI, Napoli, 1972, p. 308 ss.

19 PASQUINO, T.: *Autodeterminazione*, in AA.VV.: *Le parole del diritto. Studi in onore di Carlo Castronovo*, Jovene, Napoli, 2018, p. 125-126.

20 PERLINGIERI, P.: *La personalità umana nell'ordinamento giuridico*, cit., p. 228 ss.

21 MOROZZO DELLA ROCCA, P.: "Capacità di volere e rifiuto alle cure", *Eur. dir. priv.*, num. 2, 2014, p. 387-454, in particolare p. 432. L'A. sostiene la natura non negoziale sul rilievo che "non impone prestazioni positive, ma solo impedisce o limita l'esercizio di un'attività altrimenti dovuta o comunque sottoposta ad un vaglio di mera discrezionalità tecnica da parte del medico, senza nel contempo vincolare l'autore della dichiarazione". Similmente, v. D'ADDINO SERRAVALLE P.: *Atti di disposizione del corpo a tutela della persona umana*, Camerino, 1983, p. 126 ss. Secondo l'A., il consenso al trattamento non ha alcuna funzione dispositiva: non è idoneo a produrre una modificazione del mondo del diritto, derivante semmai dalla creazione di un regolamento integrativo di interessi, idoneo a generare la modifica della situazione dell'agente.

idonea a generare, a seconda delle diverse modalità di protezione dei plessi ordinamentali, una responsabilità²² civile, penale e amministrativa.

Grazie alla giurisprudenza²³, prima, e alla diverse legge succedutesi sulla materia, poi, si è giunti ad un rapporto tra soggetti, medico e paziente, fondato sull'alleanza e la proposta terapeutica del primo a favore del secondo²⁴.

Nel contesto attuale, l'alleanza, la relazione terapeutica e gli obblighi informativi trovano una base giuridica nei referenti costituzionali, nella legge sul consenso informato e nelle discipline di settore. Si fa riferimento al diritto di libertà personale, che trova i suoi addentellati negli artt. 2, 13, 24 e 32 Cost.²⁵. Il pensiero corre poi alla l. 22 dicembre 2017, n. 219, che tutela la vita, la salute, la dignità umana, ma anche l'autodeterminazione terapeutica, considerata come bene giuridico in sé, ossia un diritto autonomo suscettibile di lesione pure in difetto di una malattia nel corpo, eziologicamente derivante dal trattamento realizzato dal professionista. Nessun trattamento può essere iniziato senza la previa informazione e l'acquisizione del consenso. Solo nei casi previsti dalla legge, la regola subisce deroga, ossia in presenza di eventi terapeutici straordinari²⁶. E, ancora, la tutela del diritto all'informazione e alla preventiva autorizzazione al trattamento trova ulteriori addentellati nelle norme che regolano la sperimentazione clinica²⁷, l'espianto e il trapianto di organi,

22 FIORI, A.: "Il dovere del medico di informare il paziente: senza più limiti?", *Medicina e Morale*, num. 3, 2000, p. 443.

23 BIONDI, M.: "Obblighi informativi e responsabilità medica", *Nuova giur. civ. comm.*, num. 3, 2022, p. 522-523.

24 ZATTI, P.: "Rapporto medico-paziente e "integrità" della persona", *Nuova Giur. Civ. Comm.*, num. 12, 2008, p. 408; GORGONI, M.: "La «stagione» del consenso e dell'informazione: strumenti di realizzazione del diritto alla salute e di quello dell'autodeterminazione", *Resp. civ. prev.*, 1999, p. 488.

25 Corte cost., 23 dicembre 2008, n. 438, *Giorn. dir. amm.*, 2009, p. 297; *Foro it.*, 2009, I, c. 1328 ss.

26 Si fa riferimento a due sotto-fattispecie distinte, come si vedrà nel prosieguo: da un lato, l'intervento salvavita, ogniqualvolta il paziente versi in un grave stato di salute e di incoscienza, ostatico alla manifestazione della propria volontà di sottoporsi al trattamento; dall'altro, il TSO. Cfr., Cass., sez. III, 11 gennaio 2023, n. 509, in *De Jure*. Sui trattamenti sanitari obbligatori, si veda GRAZIADEI, M.: *Il consenso informato e i suoi limiti*, in AA.VV., "I diritti in medicina", in *Trattato di Biodiritto* (coordinated by RODOTÀ S.-ZATTI P.) Giuffrè, Milano, 2011, p. 263 ss. Come precisa l'A., in tal caso il medico è esentato dall'obbligo di raccolta del consenso ai trattamenti necessari, tuttavia non è sollevato dall'obbligo di prestare l'informazione adeguata.

27 D.M. 27 aprile 1992, recante le Disposizioni sulle documentazioni tecniche da presentare a corredo delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio di specialità medicinali per uso umano, anche in attuazione della direttiva n. 91/507/CEE; D.M. 15 luglio 1997, Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali; d.l. 23/1998, Disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria, conv. in l. n. 187/2000. Sul punto, v. DI MARZIO, M.: *Responsabilità medica. Casistica e orientamenti*, Giuffrè, Milano, 2023, p. 149 ss.

tessuti e cellule²⁸, la procreazione medicalmente assistita²⁹, la modificazione chirurgica dei caratteri sessuali primari³⁰, l'interruzione volontaria della gravidanza, l'accertamento diagnostico del virus HIV³¹, la donazione di cellule riproduttive a favore di terzi, i trattamenti con radiazioni ionizzanti a scopo di ricerca³².

Secondo la Carta fondamentale e le norme in materia, l'autodeterminazione non costituisce un corollario del bene giuridico della salute, di cui all'art. 32 Cost., ma rappresenta un modo di intendere la libertà della persona in un settore specifico dell'ordinamento, ex art. 13 Cost.

II. IL DANNO ALL'AUTODETERMINAZIONE TERAPEUTICA.

Se diverso è il bene, allora la lesione può determinare, previa verifica in concreto, conseguenze pregiudizievoli ulteriori o autonome da considerare nella quantificazione del danno risarcibile. Le condotte omissive e commissive di

-
- 28 Si tratta delle seguenti leggi: l. 1 aprile 1999, n. 91, recante le disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, che prevedeva l'espianto degli organi in difetto di diversa previsione; l. 2 dicembre 1975, n. 644; d.l. 21 giugno 2013, n. 69 convertito con modificazioni con la l. 9 agosto 2013, n. 98 rubricato *Disposizioni in materia di trapianti*, che ha reintegrato la regola del consenso propedeutica alla esecuzione dell'espianto e del trapianto successivo; d.m. 22 agosto 1994, n. 582, Regolamento recante le modalità di accertamento e la certificazione di morte; l. 6 marzo 2001, n. 52, recante le disposizioni sulla donazione del midollo ed integrante le disposizioni normative in materia di prelievo di cellule staminali, midollari e periferiche; l. 21 ottobre 2005 n. 219, recante la nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati (art. 4); l. 12 agosto 1993, n. 301, sull'innesto della cornea; l. 16 dicembre 1999, n. 483, sui trattamenti per il trapianto parziale di fegato, tuttavia la disciplina si compone di soli due articoli e rinvia alle norme sul trapianto del rene; l. 26 giugno 1967, n. 458, contenente la disciplina sul trapianto del rene tra persone viventi; l. 19 settembre 2012 n. 2012 in materia di trapianto di polmoni, pancreas e intestino (art. 1); D.lgs. 6 novembre 2007, n. 191, in materia di donazione di tessuti e organi ai fini di trapianto, attuativo della Dir. 2004/23/CE, da cui promana la disciplina comunitaria della donazione e del trattamento dei tessuti e delle cellule umani.
- 29 L. 19 febbraio 2004, n. 40, in particolare art. 6 e ss. Sul punto, si vedano SALVATORE B.: *Informazione e consenso nella relazione terapeutica*, ESI, Napoli, 2012, p. 25; BIANCA M.: *Il best interest of the child*, Sapienza Università Editrice, Roma, 2021; BIANCA M.: "Il diritto del minore ad avere due soli genitori: riflessioni a margine della decisione del Tribunale di Roma sull'erroneo scambio degli embrioni", *Dir. fam. pers.*, 2015, I, p. 186 ss.; SALANITRO, U.: *Norme in materia di procreazione medicalmente assistita, Art. 1-18*, in AA.VV.: *Commentario del codice civile. Della famiglia* (coordinated by E. GABRIELLI), Utet, Torino, 2010, p. 1752. Sulla rilevanza del consenso si segnala anche l'interessante riflessione di GRASSO, A.G.: *Maternità surrogata altruistica e tecniche di costituzione dello status*, Giappichelli, Torino, 2022, p. 99 ss.
- 30 L. n. 164/1982. Sul punto, si veda POSTERARO, N.: *Il diritto*, cit., p. 47 ss.
- 31 L. 1° giugno 1990, n. 135. L'art. 5, comma 3, l. n. 135/90 - secondo cui nessuno può essere sottoposto al test anti HIV senza il suo consenso, se non per motivi di necessità clinica, nel suo interesse - deve essere interpretato alla luce dell'art. 32, 2 comma, cost., nel senso che, anche nei casi di necessità clinica, il paziente deve essere informato del trattamento a cui lo si vuole sottoporre, ed ha il diritto di dare o di negare il suo consenso, in tutti i casi in cui sia in grado di decidere liberamente e consapevolmente. Dal consenso si potrebbe prescindere solo nei casi di obiettiva e indifferibile urgenza del trattamento sanitario, o per specifiche esigenze di interesse pubblico (rischi di contagio per i terzi, od altro). Sempre secondo il dettato dell'art. 5, 1 comma, l. n. 135/1990, è onere del personale sanitario dimostrare di avere adottato tutte le misure occorrenti allo scopo di garantire il diritto del paziente alla riservatezza e di evitare che i dati relativi all'esito del test ed alle condizioni di salute del paziente medesimo possano pervenire a conoscenza dei terzi.
- 32 d.l. 17 marzo 1995, n. 230, Attuazione delle direttive 89/618/Euratom, 90/641/EURATOM, 92/3/EURATOM e 96/29/EURATOM in materia di radiazioni ionizzanti; d.l. 187/2000, Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche.

inadempimento informativo o di trattamento sanitario arbitrario possono, dunque, determinare diverse conseguenze.

La giurisprudenza ha sintetizzato efficacemente i diversi danni evento configurabili e, conseguentemente, lo spazio per l'accertamento dei danni conseguenza. In accordo con l'orientamento interpretativo maggioritario possono essere cagionati un danno alla salute e un danno all'autodeterminazione, quando ricorre una omessa o una insufficiente informazione su un trattamento cui il paziente si sarebbe sottoposto comunque alle medesime condizioni. Può, poi, riscontrarsi un danno alla salute derivante da omessa o insufficiente informazione sul trattamento, cui non si sarebbe sottoposto nelle medesime condizioni. Parimenti, si possono configurare un danno alla salute e un danno all'autodeterminazione da condotta non colposa del medico e da inadempimento informativo. Infine, può verificarsi un danno all'autodeterminazione derivante da omissione o inadeguatezza diagnostica, che ha impedito al paziente di optare per un rinvio della procedura o per l'esecuzione di trattamenti o di esami diagnostici specialistici e più attendibili.

L'omessa oppure l'inadeguata esecuzione della prestazione di informazione è idonea a incidere anche solo sul bene della libertà individuale nelle cure e può così generare pregiudizi risarcibili in capo alla persona del paziente, pure in difetto di una lesione alla salute.

Le diverse fattispecie dispongono di diversi livelli di complessità, non solo in punto di accertamento degli elementi costitutivi della responsabilità³³, ma pure per quanto concerne la quantificazione delle conseguenze risarcibili al paziente, tanto creditore quanto danneggiato.

Quando la condotta del medico e l'inadempimento della struttura ospedaliera sono in grado di produrre una lesione del bene della salute e, conseguentemente, pregiudizi di carattere dinamico relazionali e morali, si ricorre solitamente alle tabelle disponibili, volte alla standardizzazione della liquidazione dei pregiudizi da med-mal. In tal caso, si può riscontrare pure la contestuale lesione del bene dell'autodeterminazione terapeutica: a fronte di questa diversa potenzialità lesiva delle condotte, cionondimeno le conseguenze pregiudizievoli possono essere calcolate più agevolmente dal giudice chiamato alla liquidazione del danno, attraverso il procedimento di personalizzazione³⁴ del danno non patrimoniale, muovendo dal quantum commisurato per il primo tipo di pregiudizio.

³³ Sul punto, si consenta il rinvio a PERRINO, S.P.: "La responsabilità da inadempimento informativo terapeutico", *Resp. civ. prev.*, 2023, num. 4°, p. 1344-1362.

³⁴ SALVI, C.: "Diritto postmoderno o regressione premoderna?", *Eur. dir. priv.*, num. 3, 2018, p. 865-882, in particolare p. 874; ZIVIZ, D.: "Il rebus della determinazione del danno (nella responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria)", *Resp. civ. prev.*, num. 4, 2017, p. 1123-1137, in particolare p. 1136; MONATERI, P.G.-BONA, M.: voce *Danno alla persona*, *Dig. Disc. Priv.*, I agg., Torino, 1997, p. 654-667; TRAVAGLINO,

Diverse considerazioni valgono, invece, per il caso in cui la prestazione medica e l'esecuzione del contratto di ospedalità non determinino alcuna aggressione per il bene salute. Questo è il caso in cui l'omissione o l'inadeguatezza informativa del medico e, conseguentemente, della struttura ospedaliera risultino avere generato una compromissione della libertà di determinazione delle cure. In questa fattispecie, a differenza di quelle prima schematizzate, le tabelle dedicate al c.d. danno biologico non risultano idonee a orientare il giudice. In particolare, e come si vedrà più approfonditamente nel prosieguo, in un simile caso il giudice non avrebbe alcuna conseguenza patologica per l'individuazione dei punti di invalidità temporanea o permanente, non riscontrandosi postumi, deficit, lassità, sindromi, rigidità, disturbi, perdite, anchilosi, instabilità, esiti di trauma e dolori. In difetto di questo primo passaggio del procedimento di calcolo, al giudice è preclusa pure la quantificazione del danno esistenziale e morale così come la personalizzazione del danno non patrimoniale³⁵, per risarcire in modo pieno³⁶ ed effettivo, tenuto conto delle conseguenze della distorsione informativa. Le conseguenze pregiudizievoli non mancano però: si frustra la possibilità per il paziente di "battersi" consapevolmente per un possibile esito più favorevole della malattia o della sua evoluzione, si impedisce al soggetto di predisporre e organizzare, materialmente e spiritualmente, il proprio tempo residuo³⁷. Si dovrebbe allora, nei casi di c.d. informed consent tort³⁸, ricorrere al criterio equitativo puro³⁹ oppure alle tabelle giudiziali. Tuttavia, il criterio equitativo puro finirebbe per condurre a quantificazioni difformi sul territorio nazionale⁴⁰. Similmente, il ricorso alle tabelle in uso nei tribunali nazionali in astratto previene gli esiti appena citati, tuttavia in concreto questi strumenti non sempre assicurano la conformità dei criteri adottati: difatti, non tutte le tabelle dispongono di uno studio e, conseguentemente, di parametri elaborati per orientare la quantificazione dei danni all'autodeterminazione nelle cure. Inoltre, la loro applicazione per i soli casi in cui si configura esclusivamente un danno da inadempimento informativo e non anche per le fattispecie che si accompagnano al danno alla salute, determinerebbe un irragionevole trattamento diseguale dei pazienti. Si rischia, in effetti, di attribuire un risarcimento pieno in caso di condotta

G.P.: "Responsabilità civile - L'errore senza colpa e il danno psichico", *Nuova giur. civ. comm.*, num. 2, 2023, p. 268. In giurisprudenza, Cass. civ., Sez. III, 18 febbraio 1993, n. 2008, *Resp. civ. prev.*, 1993, p. 792.

35 Evidenzia la questione con riferimento al danno psichico, TRAVAGLINO, G.P.: "Responsabilità civile", cit., p. 268 ss.

36 Corte giust., 23 gennaio 2014, c-371/2012.

37 Cass. civ., sez. III, 11 novembre 2019, n. 28993, in *Nuova giur. civ. comm.*, num. 2, 2020, p. 305.

38 SCHUCK, P.H.: "Rethinking Informed Consent", *Yale Law Journal*, num. 103, 1994, p. 899 ss.

39 Discute di giustizia in luogo di equità, PATTI, S.: "Danno non patrimoniale e valutazione equitativa", *Riv. trim. dir. proc. civ.*, num. 4, 2022, p. 1029-1046.

40 Come è noto, sin dalla pronuncia c.d. Amatucci si ricorre ai criteri medico-legali riversati dai tribunali nazionali nelle tabelle giudiziali su tutto il territorio italiano per perseguire obiettivi di giustizia sostanziale orizzontale: Cass. civ., sez. III, 7 giugno 2011, n. 12408, in *Nuova giur. civ. comm.*, num. 11, 2011, p. 1058.

mono-lesiva e, paradossalmente, di corrispondere un risarcimento parziale per i pazienti attinti da un inadempimento pluri-offensivo⁴¹.

Per le ragioni appena evidenziate, si rende necessario comprendere quali tabelle giudiziali considerano il danno all'autodeterminazione terapeutica, quali tabelle trovano applicazione per le conseguenze derivanti dalla medical malpractice e, successivamente, verificare se queste ultime possano trovare applicazione anche per la quantificazione delle conseguenze dell'inadempimento informativo oppure il giudice debba fare ricorso alle prime o, ancora una volta, al criterio equitativo puro.

Il tema, che potrebbe apparire prima facie marginale per il giurista moderno, quantomeno rispetto a quella serie cospicua di casi in cui la condotta del medico si configura come pluri-lesiva, è destinato ad assumere crescente rilevanza. Basterà considerare che si va registrando un progressivo aumento delle informazioni che il medico è tenuto ad offrire al paziente sia per le recenti innovazioni apportate al sistema dalla disciplina del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0.⁴² sia per la progressiva implementazione di robot e sistemi di intelligenza artificiale nell'esercizio dell'attività medica, che si accompagnano necessariamente ad ulteriori dati e informazioni da estendere al paziente per orientarlo nelle scelte consapevoli sulle proprie cure⁴³.

41 BIONDI, M.: "Obblighi informativi", cit., p. 524.

42 La disciplina del fascicolo sanitario elettronico ha recentemente subito interventi di riforma per conformare l'attività di tenuta del fascicolo all'innovazione tecnologica e alla transizione digitale in atto in Italia e all'estero. È stato difatti introdotto il d.m. 7 settembre 2023, ex art. 12 co. 7, d.l. 179/2012, conv. con modifiche l. 221/2012 recentemente modificato dal d.l. 27 gennaio 2021, n. 4, in G.U. 24 ottobre 2023. La disciplina Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) 2.0 elenca i contenuti necessari del fascicolo, impone la necessaria tenuta del profilo sanitario sintetico per garantire la continuità di cura per l'inquadramento rapido della condizione anamnestica, pure nel rispetto della riservatezza e del diritto all'oblio di dati del paziente. Si prevede, peraltro, nell'alleanza terapeutica con il paziente una sezione dedicata a quest'ultimo, ossia il taccuino personale dell'assistito, il quale è responsabile dei dati inseriti. Per quanto qui interessa, anche la disciplina impatta sugli obblighi informativi del medico: si prevede all'art. 7 l'obbligo di informativa del paziente sul trattamento dei dati personali immessi nel FSE. Sul punto, si vedano POSTERARO, N.: "Sanità digitale, Fascicolo Sanitario Elettronico e PNRR", *Sanità pubblica e privata*, num. 2, 2023, p. 7-23; CORSO, S.: "Il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0. Spunti per una lettura critica", *Nuova giur. civ. comm.*, num. 1, 2024, p. 334 ss.; RAPI SARDA, I.: "Appunti sul fascicolo sanitario elettronico 2.0", *Resp. medica*, 2024, num. 1°, p. 57-58.

43 Sulle tecnologie impiegate in ambito diagnostico e terapeutico, si rinvia a FACCIOLI, M.: "Intelligenza artificiale e responsabilità sanitaria", *Nuova giur. civ. comm.*, num. 3, 2023, p. 732 ss.; GRASSO, A.G.: "Diagnosi algoritmica errata e responsabilità medica", *Riv. dir. civ.*, num. 2, 2023, p. 334 ss.; COMANDE, G.: "Tecnologie e metamorfosi del danno e della responsabilità sanitaria", *Danno resp.*, num. 2, 2024, p. 153-160; DI ROSA, G.: *I robot medici*, in AA.VV.: "Smart – La persona e l'infosfera" (coordinated by U. SALANITRO), Pacini Giuridica, Pisa, 2022, p. 115 ss.; DATTERI, E.: "Danni senza anomalie: questioni di responsabilità nella robotica medica", *Inf. dir.*, 2010, p. 59 ss.; SALANITRO, U.: "Intelligenza artificiale e responsabilità", *Riv. dir. civ.*, 2020, p. 1246; PERLINGIERI, C.: "Responsabilità civile e robotica medica", *Tecnologia dir.*, 2020, p. 1 ss.; PERLINGIERI, C.: "L'incidenza dell'utilizzazione della tecnologia robotica nei rapporti civilistici", *Rass. dir. civ.*, 2015, p. 1235 ss.; COLETTI, E.: "Intelligenza artificiale e attività sanitaria. Profili giuridici dell'utilizzo della robotica in medicina", *Riv. dir. eco. trasp. amb.*, 2021, p. 201 ss.; DI CIOMMO, E.: *Evoluzione tecnologica e regole di responsabilità civile*, ESI, Napoli, 2003, p. 9; ROTONDO V.: *Responsabilità medica*, cit., p. 173 ss.

III. LE TABELLE PER LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO ALL'AUTODETERMINAZIONE NELLE CURE.

La violazione dell'autodeterminazione terapeutica, lo si è anticipato, può determinare conseguenze risarcibili considerate in via autonoma rispetto al danno alla salute e al conseguente danno dinamico relazionale, c.d. biologico. Dunque, occorre comprendere se pure la liquidazione del danno si caratterizza o, in determinate circostanze, può caratterizzarsi per la medesima indipendenza. Tuttavia, anche con riferimento a tale aspetto si è registrata una evoluzione nel corso del tempo e se ne deve tenere conto per comprendere le criticità attualmente riscontrabili. Per questo, occorre brevemente illustrare le tappe di questo sviluppo.

In un primo momento, caratterizzato dall'incapacità di mettere a fuoco un bene giuridico autonomo dal diritto alla salute, la giurisprudenza concludeva per l'irrisarcibilità delle conseguenze non contestualmente incidenti anche sull'integrità psico-fisica⁴⁴.

Avviatosi l'orientamento volto a configurare un nuovo bene giuridico, ad ogni modo si escludeva la risarcibilità delle conseguenze pregiudizievoli in via autonoma. Il danno conseguenza risultava considerato ontologicamente trascurabile o comunque di entità economica non apprezzabile⁴⁵.

Successivamente⁴⁶, si è proposta una ricostruzione "a contrario"⁴⁷: il danno alla salute è stato usato come un parametro per il danno da consenso invalido perché disinformato⁴⁸. La quantificazione avveniva in misura pari al danno alla salute oppure attraverso l'eventuale "incremento per sofferenza" del risarcimento dovuto, per evitare il risarcimento di un danno *in re ipsa*⁴⁹. Sicché il danno non patrimoniale per il trattamento sanitario arbitrario subito risultava risarcito ma liquidato tenuto conto della somma prevista per risarcire il danno biologico. Tuttavia, anche questa nuova modalità (rectius: espediente) di calcolo è andata incontro ad alcune considerazioni critiche: perché sia possibile procedere alla personalizzazione del danno dinamico relazionale occorreva precedentemente individuare i punti di invalidità. Dunque, solo se riscontrato un danno alla salute risultava così risarcibile la lesione al dritto all'autodeterminazione, che, come si è

44 Cass., 30 luglio 2004, n. 14638, in *Giur. it.*, 2005, c. 1395.

45 FOGLIA, M.: *Responsabilità medica e risarcimento*, in AA.VV., "Il risarcimento del danno e le sue «funzioni»", (coordinated by BARBIERATO D.), Jovene, Napoli, 2013, p. 200; FOGLIA, M.: *La relazione di cura dopo la legge 219/2017. Una prospettiva interdisciplinare*, Pacini Giuridica, Pisa, 2019.

46 Trib. Milano, 29 marzo 2005, in *Resp. civ. prev.*, 2005, p. 751.

47 PUCCELLA, R.: *L'illiceità dell'atto medico tra lesione della salute e violazione del consenso*, in AA.VV.: *La responsabilità in medicina. Trattato di Biodiritto*, (coordinate by BELVEDERE, A- RIODATO S.), Giuffrè, Milano, 2011, p. 171.

48 POSTERARO, N.: *Danni da responsabilità*, cit., p. 881.

49 Cass., sez. III, 8 maggio 2015, n. 9331, in *Ragiusan*, 2016, p. 158; Cass., n. 14638/2004, cit.

detto, può pure riscontrarsi in difetto di una lesione nel corpo e nella mente del paziente sottoposto al trattamento.

Si è giunti, poi, ad affermare l'autonomo "spazio risarcitorio"⁵⁰ al diritto all'autodeterminazione, la produzione di danni patrimoniali e non patrimoniali dall'intervento arbitrario, tra cui un danno morale soggettivo, suscettibile di liquidazione attraverso il criterio equitativo puro⁵¹. Per la sua liquidazione occorre considerare l'intensità della lesione, la gravità dei pregiudizi dinamico-relazionali e la sofferenza interiore provocata in capo al paziente⁵². Anche il criterio equitativo puro, tuttavia, ha presentato criticità. Talvolta, i giudici chiamati ad esercitare il proprio potere hanno quantificato il danno in misura pari a 1.000 euro, talaltra, hanno considerato anche l'età del paziente, l'importanza del tipo di prestazione sanitaria, nonché le carenze informative riscontrate e, per questa via, si è pervenuti a cifre più elevate⁵³ fino a 10.000 euro⁵⁴.

Le citate criticità rilevate sul criterio equitativo puro, in frizione con il principio costituzionale di uguaglianza⁵⁵, hanno reso dunque necessaria l'adozione di specifici criteri per calibrare la giustizia del caso concreto. Allo scopo, sono state predisposte alcune tabelle giudiziali, come le c.d. Tabelle di Verona e Tabelle di Milano, che spiccano, tra quelle diffuse sul territorio nazionale, per essersi dedicate specificamente al danno da intervento arbitrario. A tali tabelle si sono già conformati numerosi giudici di merito nei casi di trattamenti sanitari arbitrari⁵⁶ e danni provocati nelle controversie concernenti la c.d. nascita indesiderata⁵⁷.

I. Le tabelle giudiziali.

Come è noto, la registrazione e l'analisi delle decisioni adottate dai tribunali conduce frequentemente alla elaborazione, talvolta, di tabelle in uso nei tribunali italiani, idonee a guidare l'esercizio della giustizia del caso concreto, ossia la concreta applicazione del criterio equitativo puro. In questo modo, si persegue l'obiettivo di conformare⁵⁸ le decisioni adottate dai giudici nel corso del tempo e, così, evitare trattamenti deteriori o locupletazioni in casi caratterizzati dalle

⁵⁰ Cass., n. 2847/2010, cit.

⁵¹ Trib. Milano, 19 marzo 2014, *De Jure*; Trib. Milano, 4 novembre 2014, *ibidem*; Trib. Trento, 2 novembre 2015, *ibidem*; Trib. Pisa, 30 ottobre 2015, *ibidem*.

⁵² Cass., 27 marzo 2018, n. 7513, *Foro it.*, 2018, VI, c. 2038.

⁵³ FEDELI, R.: "Quantificazione del danno da lesione del diritto all'autodeterminazione nelle cure mediche", *Ridare.it*, 31 luglio 2017.

⁵⁴ Trib. Terni, 30 giugno 2022, *Leggi d'Italia*.

⁵⁵ SALVI, C.: *Diritto postmoderno*, cit., p. 875.

⁵⁶ Trib. Bologna, sez. III, 10 marzo 2023, banca dati *De Jure*; Trib. Crotone, 29 agosto 2022, *ibidem*; Trib. Palermo, sez. III, 26 ottobre 2022, banca dati *ONE Legale*.

⁵⁷ App. Catania, 3 febbraio 2022, banca dati *De Jure*.

⁵⁸ Questa finalità che caratterizza le tabelle è stata ascrivita dalla nota pronuncia Dell'Andro, cfr. Corte cost., 14 luglio 1986, n. 184.

medesime circostanze. Resta, in ogni caso, ferma la possibilità di prevedere spazi di personalizzazione del quantum debeatur, ogniquale volta le circostanze del caso concreto presentano profili di anomalia e abnormità rispetto alle fattispecie ordinarie, registrate e raccolte per l'individuazione del criterio standard applicabile in via generale.

Quanto precede è accaduto per il danno dinamico relazionale derivante dalla *medical malpractice*, quantomeno fino ad alcuni recenti sviluppi⁵⁹, oppure per i danni per la perdita del rapporto parentale⁶⁰.

Recentemente, conseguita l'indipendenza per il danno all'autodeterminazione terapeutica, il procedimento di standardizzazione⁶¹ delle modalità di liquidazione mediante criterio equitativo puro ha interessato anche le conseguenze del trattamento sanitario arbitrario. Tuttavia, vista la recente affermazione dell'autonomia delle conseguenze, solo alcuni tribunali hanno provveduto con l'elaborazione di parametri in materia: tra questi si annoverano il Tribunale di Verona e il Tribunale di Milano.

All'esito della ricognizione dei precedenti relativi agli altri diritti espressivi della dignità della persona, come il diritto all'identità personale e il diritto alla riservatezza, l'Osservatorio di Verona ha individuato un unico cluster per tutti i casi di inadempimento informativo e ha previsto un range di valore tra i 1.000 euro e i 50.000 euro per la quantificazione del danno non patrimoniale. Cionondimeno, considerata questa fascia di valore, il giudice deve preliminarmente considerare il pregiudizio arrecato al diritto alla salute e successivamente calcolare in via percentuale il danno all'autodeterminazione, da un quinto alla metà alla somma prevista per il primo.

Nonostante l'individuazione di un cluster di riferimento e del range di quantificazione in via standardizzata, alla stregua pure di altri diritti della personalità diversi dal bene salute, il metodo sembra non emanciparsi dal danno biologico. In difetto di quest'ultimo, come può pure accadere secondo le indicazioni della giurisprudenza di legittimità e di merito, non sembra residuare spazio per la determinazione di un pregiudizio. Pure considerando il limite minimo di 1.000 euro e il limite massimo di 50.000 euro, lo spazio entro cui si esplica la discrezionalità

59 *Infra* § 3.

60 *Ex multis*, FRANZONI, M.: "La responsabilità civile in un codice europeo?", *Contr. imp.*, num. 2, 2023, p. 400-401; PONZANELLI, G.: "Danno da relazione parentale: tabelle giudiziali, ruolo della Cassazione e uniformità", *Nuova giur. civ. comm.*, num. 2, 2023, p. 102 ss.; PONZANELLI, G.: "La Terza Sezione della Cassazione e la responsabilità civile", *Danno resp.*, num. 1, 2024, p. 5 ss.; PARDOLESI, R.-SIMONE, R.: "Guerre tabellari: Milano colpisce ancora", *Danno resp.*, 2022, p. 536 ss.

61 Discute di sintesi statistica dei casi determinata da una valutazione *ex ante*, PONZANELLI, G.: "Il nuovo statuto del danno alla persona è stato fissato, ma quali sono le tabelle giuste?", *Nuova giur. civ. comm.*, num. 2, 2019, p. 277-278.

del giudice non pare sufficientemente in grado di orientare e conformare i casi di trattamento sanitario arbitrario.

Diverse considerazioni riguardano, invece, le c.d. tabelle milanesi.

L'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano ha proposto, a sua volta, differenti criteri di liquidazione, così da recidere l'intersezione tra danno alla salute e danno all'autodeterminazione, oltre che garantire la prevedibilità e la certezza delle decisioni. Sono state analizzate 200 sentenze italiane in materia, con riferimento al triennio 2018-2021, e il risultato si condensa nel capitolo dedicato alla liquidazione del danno da inadempimento informativo, incluso nelle nuove tabelle per la liquidazione del danno non patrimoniale⁶².

Le tabelle c.d. milanesi prevedono espressamente due sotto-categorie descrittive di danno non patrimoniale da omissione o inadeguatezza informativa: il danno biologico dinamico relazionale, da un lato, e, dall'altro, il danno da sofferenza soggettiva interiore; il valore di ciascuno è stato scorporato e indicato separatamente. Sono stati poi individuati quattro gruppi, differenziati per gravità del pregiudizio patito dalla vittima dell'inadempimento informativo: il danno di lieve, di media, di grave e di eccezionale gravità. Le ricadute dell'inadeguatezza informativa sulla salute rappresentano solo un indice di valutazione del danno conseguenza per i riflessi sulla dimensione morale.

È stata prevista una forbice liquidatoria da 1.000 a 4.000 euro per il danno di lieve entità e per tale si intende il danno cagionato da modeste carenze informative, da un intervento arbitrario ma poco invasivo, senza o con poche alternative trattamentali, con tenue sofferenza e riscontrabile nel caso in cui non si pone la necessità di ricorrere ad altre terapie. Per il danno di media entità si prevede un delta da 4.001 a 9000 euro, a fronte di condizioni in cui non si riscontra la vulnerabilità della vittima, per età e condizioni personali sociali e di salute; questo tipo di danno si riscontra quando vi sono alternative terapeutiche rischiose o poco efficaci e si impone la necessità di ricorrere a trattamenti riparatori. Il danno diviene di grave entità, con una forbice da 9.001 a 20.000 euro, per i casi in cui il trattamento arbitrario si è caratterizzato per la peculiare invasività, la forte carenza informativa a fronte di una condizione di vulnerabilità del paziente, le plurime alternative disponibili, i minori rischi. Infine, è prevista una somma superiore a 20.000 euro per il danno di eccezionale gravità.

62 PARDOLESI, R.-SIMONE, R.: "Le nuove tabelle milanesi e il fascino discreto della para-normatività", *Europa resp.*, 2021, p. 423-432; COLLETTI, E.: "Tabelle di Milano: l'evoluzione paranormativa dei criteri risarcitori tra adeguamenti e nuove prospettive", *Resp. civ. prev.*, num. 4, 2023, p. 1290 ss.; FACCI, G.: "Le Tabelle del Tribunale di Milano del 2021", *Corr. Giur.*, 1 luglio 2021.

Uno speciale trattamento è stato riservato all'inadempimento informativo negli interventi estetici. In tali casi, come si osserverà nel prosieguo, non manca certamente la funzione terapeutica e la rilevanza accordata all'autorizzazione alle cure del paziente. Cionondimeno, si considera in via differente la fattispecie, per la compresenza pure di interessi altri e ulteriori che veicolano il soggetto a sottoporsi a un trattamento di questa natura. E, dunque, l'Osservatorio ha dedicato una sezione separata al danno patito dal paziente all'esito del trattamento estetico: il risarcimento prescinde dai citati cluster e, in caso di inadempimento informativo, si attesta su una somma media di circa 6.000 euro. Dunque, nonostante l'identità dell'obbligo e della funzione assolta dall'adempimento informativo del medico in ogni tipo di diagnosi, intervento e terapia e benché si neghi pure in tale tipo di consenso informato un contenuto conformativo in luogo del più tradizionale autorizzativo, la tabella pare considerare pressoché di lieve entità le conseguenze della violazione dell'obbligo informativo nei casi di trattamento estetico.

Una simile impostazione meriterebbe, però, una revisione critica. Difatti, la salute e l'autodeterminazione, lo si è detto in precedenza, sono beni giuridici che hanno subito una progressiva messa a fuoco da parte dei formanti. Nel tempo, è mutato il concetto di malattia, il ruolo del medico, la posizione del paziente e, soprattutto, la nozione di salute. Conseguentemente, è variato lo spazio di esercizio della libertà nelle cure. Se la salute, allora, è intesa come condizione di benessere fisico e psichico, inclusiva non solo della integrità del corpo ma pure della dimensione di benessere complessivo mentale, allora si deve considerare come la medicina estetica non risulti funzionale al perseguimento di scopi e interessi effimeri⁶³. Al contrario, è oramai acclarata la sua funzione servente rispetto alla salute psichica dell'individuo. E, allora, la funzione è terapeutica anche nella medicina estetica: sussiste una stretta connessione tra il trattamento e la salute dell'individuo; conseguentemente, la tutela dell'autodeterminazione soggiace ai medesimi obblighi informativi; così l'eventuale inadempimento può

63 BILANCETTI, M.: "La responsabilità del chirurgo estetico", *Riv. it. med. leg.*, 1997, p. 519. Cfr. Cass. civ., 8 agosto 1985, n. 4394. Sulla distinzione si vedano pure, PULICHI, V.-FOCARDI, M.-NORELLI, G.A.: "Deontologia ed etica in chirurgia plastica: una analisi comparativa", *Riv. it. med. leg.*, num. 6, 2010, p. 903 ss.; BARALE, A., *op. cit.*, p. 1366. In senso opposto, si vedano TRONCONE F.: *Brevi note sugli aspetti civilistici del consenso informato in tema di attività medico-chirurgica*, *Giust., civ.*, 2011, num. 4°, p. 191 ss.; MASSIMELLI, M.-BO, M.-GHIARDI, M.-TAPPERO, P.: "Terapia chirurgica dell'obesità e dintorni: considerazioni medico-legali con particolare riferimento all'ambito assicurativo privato", *Riv. it. med. legale*, 2008, num. 2°, p. 429; PAPI, L.: "La responsabilità medica per difetto di consenso alla luce degli ultimi orientamenti della Cassazione civile: verso un riequilibrio del sistema?", in *Riv. it. med. legale*, 2011, num. 3°, p. 690 ss.; IVONE, V.: *Informazione, consenso ed errore nella medicina estetica: il labile confine tra apparenza e infelicità*, *Riv. it. med. legale*, num. 2, 2016, p. 605. In giurisprudenza, in questo senso Trib. Roma, sez. II, 18 ottobre 2010, n. 3118, banca dati *De Jure*; Trib. Palermo, sez. III, 06 giugno, 2019, n. 2821, *ivi*: "quando ad un intervento di chirurgia estetica segua un inestetismo più grave di quello che si mirava ad eliminare o attenuare, la responsabilità del medico per il danno derivatone è conseguente all'accertamento che il paziente non sia stato adeguatamente informato di tale possibile esito, ancorché l'intervento risulti correttamente eseguito. Infatti, con la chirurgia estetica, il paziente insegue un risultato non declinabile in termini di tutela della salute, ciò che fa presumere come il consenso all'intervento non sarebbe stato prestato se egli fosse stato compiutamente informato dei relativi rischi, senza che sia necessario accertare quali sarebbero state le sue concrete determinazioni in presenza della dovuta informazione".

procurare pregiudizi in capo alla persona e tali conseguenze non possono essere considerate in astratto trascurabili o, comunque, sempre automaticamente di lieve entità rispetto a quelle derivanti da un trattamento terapeutico di altro genere⁶⁴.

Più recentemente, il citato Osservatorio ha elaborato nuove tabelle per l'anno 2024⁶⁵: le conseguenze della lesione del diritto all'autodeterminazione continuano ad essere considerate in via autonoma, ma sono stati considerati i nuovi indici ISTAT, l'orientamento giurisprudenziale inaugurato dal Progetto sanità del 2019 e ampliato il bacino di pronunce considerate per realizzare la sintesi statistica, emesse da numerosi tribunali italiani⁶⁶. Per questo, sono state previste nuove soglie minime e massime per la liquidazione. Come rilevato dall'analisi, nel 96,36% dei casi è stato liquidato il danno derivante dal trattamento arbitrario in via autonoma rispetto al danno alla salute.

2. Le tabelle RCA.

Le tabelle giudiziali appena esaminate trovano applicazione fintanto che non sussiste un referente normativo specifico in luogo del generale criterio equitativo puro e, conseguentemente, della standardizzazione della giustizia del caso concreto, realizzata con funzione di supplenza dagli osservatori della giustizia civile presso i tribunali nazionali. In presenza di una tabella o di più tabelle nazionali, elaborate dal legislatore italiano o in attuazione del dettato normativo, i criteri di matrice giudiziale appaiono recessivi e cedono il passo ai parametri che costituiscono esercizio della discrezionalità legislativa.

Il legislatore italiano ha esercitato la propria discrezionalità sul punto con l'elaborazione di alcune tabelle applicabili ai pregiudizi che conseguono da determinate attività e prestazioni. Infatti, sono state elaborate o sono in corso di elaborazione alcune tabelle nazionali con riferimento alle conseguenze derivanti dai sinistri stradali così come per i pregiudizi causati dalla responsabilità medica.

Secondo gli artt. 138 e 139 d.lgs. 7 settembre 2005, n. 209, ossia del Codice delle assicurazioni private (di seguito, cod. ass.), l'adozione di tabelle nazionali garantisce il diritto delle vittime dei sinistri ad un pieno risarcimento del danno non patrimoniale effettivamente subito e consente di razionalizzare i costi gravanti sul sistema assicurativo e sui consumatori.

⁶⁴ *Infra* § 5.

⁶⁵ SPERA, D.: "Le nuove tabelle milanesi per la liquidazione del danno non patrimoniale", *Dir. giust.*, 7 giugno 2024.

⁶⁶ Sono state analizzate le pronunce dei tribunali di Tribunali di Alessandria, Ancona, Arezzo, Ascoli Piceno, Avellino, Bari, Biella, Bologna, Busto Arsizio, Caltanissetta, Campobasso, Catania, Como, Crotone, Firenze, Lecco, Livorno, Lucca, Macerata, Milano, Modena, Monza, Napoli, Palermo, Paola, Pavia, Pescara, Pisa, Reggio Calabria, Reggio Emilia, Rimini, Roma, Savona, Sciacca, Siena, Teramo, Torre Annunziata, Trento, Treviso e Trieste, e 5 dalla Corti d'Appello di Milano, Palermo, Roma e Venezia.

L'art. 3 co. 3 legge Gelli Bianco, l.n. 24 del 2017, poi, prevede che la commisurazione del danno da responsabilità medica venga realizzata dal giudice in considerazione delle tabelle di cui ai menzionati artt. 138-139 cod. ass.⁶⁷. Dunque, se la conseguenza origina da una *medical malpractice*, i danni devono essere quantificati alla stregua delle tabelle previste dal Codice delle Assicurazioni private.

Il procedimento di attuazione di tali previsioni, cionondimeno, si è rivelato complesso⁶⁸. Infatti, nel 2003⁶⁹, è stata adottata la tabella nazionale per le micro-lesioni. Allo stato, invece, difetta ancora una tabella nazionale per le macro-lesioni. Dopo ben diciotto anni dalla entrata in vigore della disciplina, la tabella che risulta la più importante nell'economia del sistema, ossia quella relativa alle macro-lesioni, non è stata ancora approvata e, dunque, adottata.

Su entrambi i versanti, però, è dato riscontrare una qualche evoluzione. Per quanto concerne la tabella relativa alle lesioni micro-permanenti, la giurisprudenza ha affermato la necessità di provvedere al risarcimento pieno pure dei pregiudizi morali e, per questo, le indicazioni giurisprudenziali hanno guidato la riformulazione dell'art. 138 cod. ass.⁷⁰. Recentemente, poi, il Governo⁷¹ ha approvato uno Schema di decreto del Presidente della Repubblica per l'adozione del Regolamento recante la tabella unica del valore pecuniario da attribuire a ogni singolo punto di invalidità tra dieci e cento punti, comprensivo dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto leso ai sensi dell'articolo 138, comma 1, lettera b), del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 (c.d. TUN).

La bozza di decreto mira a superare l'incertezza determinata dall'applicazione delle tabelle romane e milanesi per le c.d. lesioni macro-permanenti, di cui all'art. 138 del Codice delle assicurazioni, in difetto di una tabella nazionale unica (T.U.N.). La tabella trova applicazione ai sinistri stradali e, pure, ai danni conseguenti alle attività degli esercenti la professione sanitaria e delle strutture ospedaliere e sociosanitarie, pubbliche e private, per la violazione dell'art. 7 l.n. 24/2017. Lo schema vanta un sistema a punto variabile per la quantificazione del danno biologico, in cui il valore del punto aumenta più che proporzionalmente all'aggravarsi delle lesioni e decresce con l'avanzamento dell'età. Oltre alla previsione di un sistema di

67 SMORTO, G.: voce *Responsabilità medica*, Dig. disc. priv., IV, Torino, 2013, p. 640-672; GELLI, F.-HAZAN, M.-ZORZIT, D.: *Nuova Responsabilità sanitaria e la sua Assicurazione*, Giuffrè, Torino, 2017; PARDOLESI R.-SIMONE R.: "Nuova responsabilità medica", *Foro it.*, 2017, V, c. 161 ss.; PALMIERI, A.-PARDOLESI, R.: "Le novità (ancora mascherate e neppure tanto inedite) dell'assicurazione della responsabilità sanitaria", *Foro it.*, 2017, V, c. 197 ss.; PONZANELLI, G.: *Il nuovo statuto*, cit., p. 283.

68 CANNAVÒ, G.: "Tabelle per la liquidazione del danno di non lieve entità. Tardive, inutili e mortificanti la professionalità medico legale", *Danno resp.*, 2021, 2, p. 180.

69 D.M. 3 luglio 2003, *Tabella delle menomazioni all'integrità psicofisica compresa tra 1 e 9 punti di invalidità*, in G.U., 11 settembre 2003, n. 211.

70 Sul punto, si veda PONZANELLI, G.: *Il nuovo statuto*, cit., p. 277.

71 L'approvazione risale al 16 gennaio 2024, sebbene il termine per l'adozione fosse il 1° maggio 2022.

moltiplicatori biologici e di demoltiplicatori demografici, lo schema consente poi di calcolare in via separata il danno morale con i moltiplicatori per il danno morale: attraverso il calcolo di una componente incrementale, espressa in valori minimi, medi e massimi, si consente di tenere conto delle esigenze di personalizzazione del caso concreto. Sicché occorre che il sinistro o la *medical malpractice* abbiano generato un danno biologico per calcolare la componente morale mediante personalizzazione complessiva della liquidazione, mediante incremento in via percentuale e progressiva per punto.

Nella sua originaria configurazione, lo schema avrebbe dovuto prevedere l'introduzione di una sola tabella per le menomazioni all'integrità fisica non lievi. Tuttavia, questa impostazione è stata disattesa e lo schema reca due distinte tabelle: la prima interessa le menomazioni all'integrità psico-fisica tra i dieci e i cento punti di invalidità; la seconda tabella riguarda, invece, il valore pecuniario da attribuire ai singoli punti di invalidità, ivi compresi i coefficienti di variazione per l'età del danneggiato. Ciascuna prevede, per la sua adozione, un meccanismo di concertazione tra vari ministeri: la prima è proposta dal Ministro della Salute, in concerto con il Ministro delle imprese e del made in Italy, con il Ministro del Lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della Giustizia. Diversamente, la seconda è proposta del Ministro delle imprese e del made in Italy, in concerto con il Ministro della Giustizia, sentito l'IVASS.

Lo schema, tuttavia, non è stato ancora approvato, in difetto del parere obbligatorio del Consiglio di Stato. In specie, il giudice amministrativo ha recentemente sospeso⁷² l'adozione del parere per diverse ragioni inerenti al procedimento di adozione dello schema. In primo luogo, si sospende il parere per un'adeguata rinnovazione dell'attività di concertazione interministeriale. In secondo luogo, si censurano i moltiplicatori (biologico, demografico e per il danno morale), correlati alla percentuale di invalidità: tali meccanismi sono stati determinati, come si legge nella relazione illustrativa della Amministrazione precedente, nel rispetto delle caratteristiche del mercato assicurativo, onde evitare effetti di maggior onere per il settore e per i consumatori. Inoltre, sono stati elaborati alla stregua di una programmatica imposizione di un vincolo dell'ammontare complessivo dei risarcimenti pari all'importo pagabile con riferimento al danno biologico secondo le tabelle milanesi, ossia un ammontare stimato nel 2020. Si tratta di una operazione che, seppure non arbitraria e tecnicamente necessitata, muove dall'uso di dati non adeguati e non aggiornati che emergono dalla nota tecnica dell'IVASS, senza considerare gli ultimi dati disponibili relativamente alla consistenza numerica e alla distribuzione frequenziale dei sinistri e degli eventi dannosi in un congruo e

⁷² Cons. Stato, sez. cons., 13 febbraio 2024, n. 194, *Danno resp.*, num. 2, 2024, p. 190 ss., con nota di PONZANELLI, G.: "La Tabella Unica Nazionale ex art. 138 Codice delle Assicurazioni: il Consiglio di Stato boccia la bozza di Decreto del Governo".

significativo lasso temporale tanto nel contesto stradale quanto in quelli sanitario e socio-sanitario. Basti solo considerare che, a conferma delle osservazioni del Consiglio di Stato, le tabelle milanesi per la liquidazione del danno non patrimoniale considerano le pronunce in materia nel segmento temporale che va dal 2018 al 2021. Sicché si basano su dati più aggiornati di quelli considerati dal Governo per la redazione del TUN e, conseguentemente, prevedono criteri per la determinazione di un risarcimento idonei a compensare in misura superiore il danno patito.

Vi è un'ulteriore obiezione mossa allo schema del Governo: la redazione della tabella unica nazionale avrebbe dovuto seguire due direttrici, ossia la pienezza della tutela dei danneggiati e la sostenibilità del sistema considerata la tenuta del mercato assicurativo e delle istanze dei consumatori. Cionondimeno, il Governo non ha predisposto una tabella unica e, inoltre, non ha considerato prioritaria la prima direttrice rispetto alla seconda. Così procedendo, la prima risulta compromessa dalla eccessiva rilevanza accordata alla seconda, visto che l'ammontare del risarcimento del danno suscettibile di liquidazione con le tabelle contenute nella bozza si attesta su un livello assai inferiore a quello garantito dalle tabelle giudiziali. Il dato è stato evidenziato pure dalle associazioni di consumatori che aveva osservato come il risarcimento previsto per le lesioni macro-permanenti si avvicinasse più ad un indennizzo che a un congruo e pieno risarcimento del danno patito⁷³.

Tali argomentazioni, seppure poste a fondamento di una sospensione, impongono una nuova concertazione e necessariamente l'uso di dati più aggiornati. Ciò richiederà alle Amministrazioni competenti la riattivazione del procedimento amministrativo per la TUN o, per come tratteggiata dal Governo, per le due tabelle relative alle lesioni di non lieve entità, con un ulteriore spostamento in avanti del termine per la loro adozione.

Tra le considerazioni critiche a margine dello schema, però, se ne devono rintracciare altre. Come è stato già osservato dai primi commentatori, la tabella non considera il danno arrecato alle vittime per la violazione della relazione parentale, sicché la liquidazione resta allocata sulle tabelle giudiziali, il cui utilizzo in materia ha generato notevoli oscillazioni in giurisprudenza⁷⁴. Ancora, il TUN prevede il risarcimento del danno biologico e del danno morale: il secondo è liquidato alla stregua di una percentuale del primo entro un range del 30% e il 60%. Nulla quaestio quando la condotta del medico e così pure della struttura risultano pluri-offensive: calcolato il danno dinamico relazionale, i pregiudizi che incidono sulla vita dell'individuo sono già oggetto della standardizzazione e con l'eventuale personalizzazione si può calcolare un danno morale nei limiti delle percentuali

⁷³ PONZANELLI, G.: "La tabella", cit., p. 195.

⁷⁴ PONZANELLI, G.: "La tabella", cit., p. 195.

anzidette. Benché ciò possa determinare una contrazione del risarcimento del danno all'autodeterminazione, tale affermazione non è vera in senso assoluto, ben potendosi superare con la personalizzazione le soglie già analizzate e previste nelle tabelle milanesi. Diverse considerazioni, invece, riguardano il caso in cui la prestazione curativa abbia avuto un esito fausto, ma si sia fondata su una informativa inadeguata e un consenso invalido: in tal caso, lo schema e i suoi parametri non paiono accordare spazi per il risarcimento del danno concretamente subito dal paziente.

Tali tabelle, allora, non valorizzano il trattamento sanitario arbitrario né le conseguenze risarcibili derivanti dalla lesione del diritto all'autodeterminazione terapeutica qualora manchi un danno biologico per lesione della salute o per causazione di un danno iatrogeno differenziale o incrementale⁷⁵.

La considerazione appena svolta può condurre l'interprete a chiedersi: dunque, l'inadempimento dell'obbligo informativo del medico e della struttura rientra nello spazio applicativo della legge sulla responsabilità medica? Per risarcire il danno derivante dal trattamento sanitario, occorre seguire il criterio equitativo puro oppure le tabelle giudiziali sempre oppure solo quando le conseguenze non concorrono insieme a quelle derivanti dalla *med-mal*?

IV. IL PROBLEMA QUALIFICATORIO DELLA RESPONSABILITÀ DA INADEMPIMENTO INFORMATIVO.

La soluzione dei quesiti appena posti passa attraverso la qualificazione della prestazione informativa, in primo luogo, e, successivamente, l'individuazione del regime giuridico applicabile.

Sulla qualificazione della prestazione in commento sono state sostenute diverse ricostruzioni: talune ne hanno valorizzato la natura di prestazione di risultato e altre di mezzi. Non sono mancate poi quelle ricostruzioni che hanno negato rilevanza alla distinzione, individuando comportamento e risultato⁷⁶, seppure con

75 Si tratta dell'aggravamento delle condizioni di salute in un paziente, derivante dalla condotta imperita, negligente o imprudente del medico, che si va a sommare a una lesione già procurata alla vittima da parte di soggetti terzi e in precedenza rispetto al trattamento medico in cui è emersa la conseguenza iatrogena. Costituisce una classica ipotesi di concorso di cause, che impone il risarcimento in via solidale del medico e del terzo danneggiante. La fattispecie configura due problemi interpretativi: il primo riguarda la valutazione dell'efficienza eziologica tra la condotta del medico e la conseguenza lesiva; il secondo quesito riguarda la quantificazione del danno biologico allorché sia stato domandato il solo danno "differenziale" o nel caso di regresso tra condebitori. Sul punto, si veda BENEDETTI, M.-BENEDETTI, A.: "Cause preesistenti e sopravvenute all'evento lesivo nella responsabilità medica", *Merito*, 2017, num. 12°, p. 11; CASSANO, G.-DE GIORGI, M.: "Intervento del medico e pregiudizio alla salute, il tribunale di Milano personalizza il danno iatrogeno", *Vita notarile*, 2014, p. 151; LAGHEZZA, M.: "Danno iatrogeno, danno differenziale e criteri di calcolo: una via d'uscita dalla selva oscura?", *Foro it.*, 2022, I, c. 223.

76 NICOLUSSI, A.: "Il commiato della giurisprudenza dalla distinzione tra obblighi di risultato e di mezzi", *Eur. dir. priv.*, 2006, p. 797.

diverse intensità, in ciascun rapporto obbligatorio, rendendo così vana, oltre che dannosa, la distinzione e pure le conseguenze tracciate dalla giurisprudenza con alterne vicende.

In accordo con la prima ricostruzione, si pone, in capo al medico e alla struttura nosocomiale, un obbligo giuridico di risultato⁷⁷ e di prestazione⁷⁸, avente natura legale⁷⁹, a prescindere dall'inquadramento del rapporto tra medico/struttura e paziente entro il paradigma negoziale o meno. Si valorizzano, in questo senso, i numerosi obblighi informativi, declinati, per intensità e contenuti, dalle leggi, oltre che la diversa collocazione topografica della disciplina del consenso informato rispetto alla disciplina della responsabilità del medico. A prescindere dalle competenze tecniche che occorrono al professionista per realizzare la prestazione di cura e per individuare il trattamento più idoneo da consigliare al paziente, la comunicazione delle informazioni necessarie per orientare la scelta del paziente vi è estranea⁸⁰. E, ancora, a prescindere dal risultato della prestazione di cura, il paziente si aspetta e vuole quanto configurato nell'informativa: si deve realizzare l'intervento concordato, si possono configurare i rischi e le complicità spiegate poiché circoscritte nel raggio di prevedibilità, si subiscono gli effetti a cui era stato preparato il malato⁸¹. Il risultato sperato non è la guarigione, bensì quello della riduzione della asimmetria informativa, per l'organizzazione della propria esistenza.

Similmente all'intermediario finanziario⁸², il medico è obbligato dalla legge a mitigare l'asimmetria tra competenze delle parti del rapporto. In caso di distorsione informativa, l'intermediario e il medico non hanno offerto quei dati rilevanti per la controparte e indirizzano la scelta della parte debole del rapporto verso quanto ritenuto unilateralmente più opportuno. In entrambi i casi, si ravvisa un obbligo legale; in entrambi i casi c'è un'asimmetria, che la legge considera e dalla quale il legislatore richiede di riscattare tanto il paziente quanto il risparmiatore; in entrambi

77 Cass. civ., sez. III, 12 giugno 1982, n. 3604; Cass. civ., sez. II, 8 agosto 1985, n. 4394; Cass. civ., sez. III, 23 maggio 2001, n. 7027; Cass. civ., n. 18853/2004, cit.; Cass. civ., sez. III, 19 maggio 2011, n. 11005. Sul punto, si veda MAUTONE, P.: *Responsabilità sanitaria e risk management*, Giuffrè, Milano, 2020, p. 530.

78 CASTRONOVO, C.: "Swinging malpractice. Il pendolo della responsabilità medica", *Eur. dir. priv.*, 2020, p. 847; PIRAINO, F.: "Obbligazioni «di risultato» e obbligazioni «di mezzi» ovvero dell'inadempimento incontrovertibile e dell'inadempimento controvertibile", *Eur. dir. priv.*, num. 1, 2008, p. 83.

79 GRISI, G.: *L'obbligo precontrattuale di informazione*, Jovene, Napoli, 1990, p. 472.

80 SALVATORE B.: *Informazione*, p. 164-165.

81 Sul punto, si veda PROCIDA MIRABELLI DI LAURO, A.-FEOLA, M.: *Diritto delle obbligazioni*, ESI, Napoli, 2020, p. 387 ss., in particolare p. 390. L'A. rileva come l'inquadramento della prestazione informativa come obbligazione di risultato caratterizzi non solo l'ordinamento italiano ma pure quello francese.

82 Sono numerose le disposizioni di legge che si sono succedute sull'obbligo di informazione dell'intermediario finanziario: art. 6 l. 2 gennaio 1991, n. 1; art. 17 d.lgs. 23 luglio 1996, n. 415; art. 23 d.lgs. 24 febbraio 1998, n. 58 (c.d. TUF); d.lgs. 17 settembre 2007, n. 164, in attuazione della Dir. 2004/39/CE che modifica la Dir. 85/611/CEE. Sul punto, si veda RIMINI, E.: *Le regole di condotta*, in AA.VV.: "Il Testo Unico Finanziario" (dir. per M. Cera-G. Presti), Zanichelli, Bologna, 2020, p. 427 ss.; INZITARI, B.-PICCININI, V.: *La tutela del cliente nella negoziazione di strumenti finanziari*, Cedam, Padova, 2008, p. 36 ss. Per un parallelismo tra consulenza medica e finanziaria, si veda GIUSTI, A.: *Il consenso informato oggi e il dovere di informazione per la corretta esecuzione della prestazione nel diritto sanitario e nel diritto del mercato finanziario*, ESI, Napoli, 2023, p. 101 ss.

i casi si individua una diversa prestazione rispetto all'adempimento informativo, quella curativa per il medico e quelle relative al contratto di intermediazione per l'intermediario finanziario.

Si badi, però, è sul piano morfologico-strutturale della prestazione informativa che si scorgono similitudini tra informazione terapeutica e finanziaria. Cionondimeno, non si possono e non si vogliono obliterare le differenze funzionali tra le due prestazioni così come tra le fattispecie suscettibili di osservazione sul piano fenomenico. In ambito finanziario e pure assicurativo, è già sul piano della ingegnerizzazione del prodotto che si delinea la portata del flusso informativo, che deve essere tarato secondo il target market. Se l'informazione e il prodotto stesso risultano inadeguati per il loro destinatario finale, allora, non è ammessa la distribuzione del prodotto, pena la responsabilità della parte forte del rapporto. In ambito medico, invece, i dati e le informazioni vengono erogati e coinvolgono aspetti fondamentali dell'individuo, esulano dall'esercizio dell'autonomia negoziale e sfiorano momenti sensibili e spesso tragici per la vita umana. La prestazione informativa è volta a consentire al paziente di raggiungere la consapevolezza, ma la prestazione curativa successiva mira a presidiare le condizioni di salute dell'individuo. Dunque, frequentemente, il medico non può arrestarsi se il compendio di dati offerto è inadeguato, ma deve eseguire uno sforzo in più per raggiungere l'alleanza con il paziente e riuscire a curarlo, compatibilmente con le decisioni di quest'ultimo.

Sempre ricorrendo al citato parallelismo, nessuno dubita che per l'intermediario finanziario sussista una distinzione tra il momento acquisitivo delle informazioni per la scelta del migliore strumento per il cliente e il momento informativo in senso proprio, entro cui si esplica l'obbligo della parte forte di fornire, in via chiara, esaustiva e trasparente, i dati per orientare la scelta della parte debole. Si fa riferimento alle articolazioni dell'informazione c.d. passiva e dell'informazione c.d. attiva⁸³.

Nell'informazione c.d. passiva, l'intermediario deve raccogliere ogni elemento necessario per ricostruire le caratteristiche del risparmiatore e la sua propensione al rischio. Le domande le pone il primo, le risposte le offre il secondo, ma il flusso di dati proviene dal risparmiatore e arricchisce il panorama conoscitivo del professionista. Nell'informazione c.d. attiva, invece, si offrono dati relativi al prodotto proposto all'investitore, al suo meccanismo di funzionamento e all'idoneità del medesimo a raggiungere il risultato anelato dal risparmiatore⁸⁴. Si devono allora distinguere i piani: l'inesatta individuazione della patologia o la scorretta selezione

⁸³ RIMINI, E.: *Le regole di condotta*, cit., p. 45 ss.

⁸⁴ INZITARI, B.-PICCININI, V.: *L'attività di negoziazione degli strumenti finanziari: violazione degli obblighi di condotta tra nullità virtuale ed inadempimento contrattuale. Tutela del risparmio, authorities e governo societario*, Giuffrè, Milano, 2008, p. 249-311, in particolare p. 253.

del trattamento applicabile divergono non poco dall'adempimento dell'obbligo informativo, che muove però da una tempestiva diagnosi e da una corretta scelta del trattamento. Nel primo caso, si pone la necessità di verificare la colpa nella responsabilità professionale, mentre solo nell'ultimo caso, il medico realizza un autentico trattamento arbitrario, poiché cela al paziente le opzioni e pure i dati per pervenire ad una soluzione difforme da quella proposta. E allora è solo nel secondo caso che il medico si comporta al pari di un intermediario finanziario inadempiente, che, pure obbligato dalla legge a mitigare l'asimmetria tra competenze, tace sulle informazioni rilevanti e indirizza la scelta della parte debole verso quanto ritenuto unilateralmente più opportuno. In quest'ultima ipotesi, solo, l'obbligo di informare costituisce un risultato primario e non strumentale.

Si aggiunga che tanto nell'adempimento dell'obbligo informativo del medico quanto per quello dell'intermediario finanziario si impone la sequela del canone di adeguatezza dell'informazione⁸⁵. Dunque, non è sufficiente la mera disclosure, ma occorre una vera e propria investor protection⁸⁶. Non si dubita, poi, che la prestazione sottesa risulti rischiosa e resti tale rispetto al conseguimento dei risultati sperati, senza eliminare il necessario adempimento della prestazione informativa-finanziaria⁸⁷.

Non è mancato poi chi⁸⁸ ha superato la distinzione tra prestazione di cura e prestazione informativa, con inediti risultati. In specie, è stato sostenuto che il consenso informato consentirebbe di trasformare l'obbligazione di mezzi del professionista, parametrata alla diligenza di cui all'art. 1176 co. 2 c.c., in una obbligazione di risultato, atteso che il medico non si impegna a tenere un comportamento soltanto, ma con l'informazione e il consenso del paziente, si impegna con quest'ultimo al conseguimento di un determinato outcome concordato. Sicché informazione preventiva e risultato post-terapeutico devono coincidere. Tuttavia, come è stato osservato⁸⁹, si corre il rischio di trasformare il consenso autorizzativo in un consenso conformativo, in cui si smarrisce l'atto giuridico in senso stretto per intraprendere la via del negozio con funzione autorizzativa e conformativa del rapporto, in cui non è la legge a stabilire gli effetti giuridici dell'atto ma vi concorre la volontà.

85 INZITARI, B.-PICCININI, V.: *La tutela del cliente*, cit., p. 46-47.

86 RIMINI, E.: *Le regole di condotta*, cit., p. 430 ss.

87 LA ROCCA, G.: *Autonomia privata e mercato dei capitali. La nozione civilistica di "strumento finanziario"*, II ed., Giappichelli, Torino, 2009, 286 ss.; INZITARI, B.-PICCININI, V.: *La tutela del cliente*, cit., 12 ss.; TROIANO, V.: *Sistemi di negoziazione. Mercati regolamentati*, in AA.VV.: "Il Testo Unico Finanziario", cit., p. 1007. Sul parallelismo tra informazione e prestazione contrattuale, si vedano pure Trib. Milano, 18 ottobre 2006; Trib. Venezia, 4 maggio 2006; Trib. Catania, 21 ottobre 2005; Trib. Mantova, 14 aprile 2005.

88 NATOLI, R.: "Consenso informato e obbligazioni di risultato tra esigenze di compensation ed esigenze di deterrente", *Danno resp.*, 2000, p. 733-734

89 PIRAINO, F.: "Obbligazioni «di risultato»", cit., n. 88.

Entro una diversa prospettiva⁹⁰, gli obblighi informativi costituiscono parte integrante della prestazione cui è tenuto il medico e posta in capo all'ospedale. L'obbligo costituisce, come specifica la l.n. 24/2017, un momento di cura e gli obblighi informativi sono attuativi ed esecutivi, anche se preliminari, del trattamento terapeutico complessivamente inteso. Quindi, l'assistenza sanitaria, l'appropriatezza organizzativa della clinica e la completezza delle informazioni fornite compongono l'oggetto della prestazione realizzata dal medico e per cui risponde l'A.O. Ne discende che se la prestazione è intesa come obbligazione di mezzi o a risultato intermedio, lo è pure l'adempimento informativo⁹¹. Pur evidenziandosi fasi diverse e strutturalmente distinte nella prestazione terapeutica in senso stretto e nel momento relazionale-informativo, "entrambe divengono oggetto di indagine laddove si tratti di valutare l'adeguatezza della prestazione resa. Dunque, l'erroneità del processo di acquisizione del consenso è espressione indiscussa di negligenza, se imputabile al medico"⁹², quale profilo costitutivo di una prestazione complessa⁹³. Si valorizza, in questo senso, l'impossibilità di eliminare dal rapporto medico-paziente, pure attraverso la corretta comunicazione propedeutica all'intervento, l'asimmetria informativa tra i soggetti.

Una ulteriore impostazione interpretativa ha rintracciato la matrice del dovere di informazione nella buona fede contrattuale, ex artt. 1175, 1337, 1375 c.c.⁹⁴. È stata qui rievocata l'ulteriore articolazione delle obbligazioni di protezione e delle obbligazioni di prestazione⁹⁵. In specie, è stato sostenuto che l'informazione e l'avviso del medico costituiscono doveri accessori ma integrativi dell'obbligo primario di prestazione, ancorati ai principi di buona fede. Si tratterebbe quindi di obblighi di protezione, indispensabili per il corretto adempimento. La fattispecie di inadempimento informativo-terapeutico costituiva anzi una "tipica ipotesi di responsabilità precontrattuale per violazione dell'obbligo di informazione

90 Cass. civ., 8 agosto 1985, n. 4394, *Foro it.*, 1986, I, c. 121 ss.; Cass. civ., 19 settembre 1999, n. 9617, *Danno resp.*, 2000, p. 730. Sulla questione, si veda GREGIGNI FRANCINI, L.: "Danno extracontrattuale "da mancato consenso informato" ed identificazione del sanitario responsabile", *Nuova giur. civ. comm.*, 2007, num. 1°, p. 250 ss. Sulla natura dell'obbligazione di mezzi e non di risultato ascritta alla prestazione informativa, si veda TOSCANO G.: *Informazione, consenso*, cit., p. 29 e p. 80-81.

91 PARADISO, M.: "La responsabilità medica dal torto al contratto", *Riv. dir. civ.*, 2001, p. 343. La responsabilità unitaria è valorizzata da DE MATTEIS, R.: "La responsabilità del medico dipendente: dalla violazione di obblighi di protezione all'inadempimento di un obbligo di protezione", *Contr. impr. Europa*, 2010, p. 81 ss.

92 PUCCELLA, R.: *L'illiceità*, cit., p. 200.

93 In questo senso, Trib. Milano, 18 giugno 2003, *Giustizia a Milano*, 2003, p. 51.

94 SCOGNAMIGLIO, C.: "Responsabilità precontrattuale e danno non patrimoniale", *Resp. civ. prev.*, 2009, p. 142; STEFANELLI, S.: *Autodeterminazione e disposizioni sul corpo*, Roma, 2011, p. 137 ss.; ROTONDO V.: *Responsabilità medica*, cit., p. 147 ss.; BIRKHOFF J.M.: *Informare il paziente psichiatrico sul suo disturbo mentale e sulle cure possibili: dovere o facoltà?*, in AA.VV.: "La responsabilità professionale dello psichiatra" (coord. per U-Fornari-S. Jourdan), Centro Scientifico Editore, Torino, 2006, p. 15 ss. Per una analisi delle diverse impostazioni che valorizzano gli artt. 1337, 1375 e 1175 c.c., si veda BIONDI M.: *Obblighi informativi e responsabilità medica*, cit., p. 523-524.

95 CASTRONOVO C.: "Ritorno all'obbligazione senza prestazione", *Eur. dir. priv.*, 2009, 3, p. 679 ss.

gravante sul medico nella fase che precede la conclusione del contratto⁹⁶. Questa impostazione, come è evidente, risente e viene superata dall'evoluzione normativa. Se in un primo momento, non vi erano congegni ordinamentali in grado di imporre al medico la prestazione informativa, per cui occorreva richiamare il canone di buona fede per rintracciarne il fondamento, in un secondo segmento temporale sono intervenute più leggi, che hanno, da un lato, positivizzato l'obbligo e, dall'altro, hanno normato la responsabilità medica lasciando fuori l'inadempimento dell'obbligo di informare, per evitare che ciò determinasse una condizione di stallo in Parlamento.

Tra le varie opzioni, si ritiene, in primo luogo, di dover dare corso a quella riflessione dottrinale che esclude spazi applicativi per una articolazione interna e dicotomica nello statuto giuridico del rapporto obbligatorio, in ragione dell'unità⁹⁷ della disciplina delle obbligazioni e, pure, della disciplina dell'inadempimento "contrattuale". La distinzione, come è stato rilevato da autorevole dottrina maggioritaria, è artificiosa e inconsistente sul piano dell'impianto e della struttura⁹⁸, oltre che sprovvista di referenti normativi in grado di giustificarne la persistenza nel dibattito giuridico⁹⁹. Si evidenzia, poi, una sovrapposizione poco chiara tra risultato e interesse del creditore¹⁰⁰, oltre che la carenza di precisione laddove la teoria non considera la relatività dei concetti di mezzi e risultato¹⁰¹. Poi, anche laddove si considera rilevante il binomio, si ammette pure che l'articolazione delle obbligazioni di mezzi, a differenza di quelle di risultato, non dispone del grado di tipizzazione raggiunto nelle altre, perché il risultato intermedio o strumentale non consente di individuare a priori la serie teleologica necessaria per circoscrivere¹⁰². Semmai, occorre che il contenuto della prestazione sia dettagliato, mediante l'indicazione delle modalità di adempimento, con tendenziale prospettazione del risultato anelato. Infine, come è stato autorevolmente rilevato, "l'equivoco che aduggia la distinzione tra obbligazioni di mezzi e di risultato è (...) conseguenza della mancata consapevolezza (della) funzione residuale della colpa nella responsabilità del debitore"¹⁰³.

96 SCOGNAMIGLIO, C.: "Responsabilità precontrattuale", cit. p. 142. In senso critico, TOSCANO G.: *Informazione, consenso*, cit., p. 27.

97 OSTI, G.: "Revisione critica della teoria della impossibilità della prestazione", *Riv. dir. civ.*, 1918, p. 209 ss.

98 MAZZAMUTO, S.: *Il contratto di diritto europeo*, III ed., Giappichelli, Torino, 2017, p. 354; NATOLI, U.: *L'attuazione del rapporto obbligatorio. Il comportamento del debitore*, in *Tratt. Dir. civ. Cicu-Messineo-Mengoni*, Milano, 1984, p. 47-53; BIANCA, C.M.: *L'obbligazione. Diritto civile*, Giuffrè, Milano, 2019, p. 74; BIANCA, C.M., *Dell'inadempimento delle obbligazioni*, in *Comm. Scaloja-Branca, sub art. 1174* (coord. por F. Galgano), Zanichelli, Bologna-Roma, 1979, p. 33 ss.; CASTRONOVO, C.: "Profili della responsabilità medica", *Vita notarile*, 1997, p. 1225 ss.; CASTRONOVO, C., *La nuova responsabilità civile*, Milano, Giuffrè, 2006, p. 560 ss.

99 BIGLIAZZI GERI, L.: *Della risoluzione per inadempimento*, II, artt. 1460-1462, in *Comm. Scaloja-Branca*, Zanichelli, Roma, 1988, p. 71.

100 NICOLUSSI, A.: "Sezioni sempre più unite contro la distinzione fra obbligazioni di risultato e di mezzi", *Danno resp.*, num. 8-9, 2008, p. 874.

101 NICOLUSSI, A.: "Il commiato", cit., p. 800.

102 PIRAINO, F.: "Obbligazioni «di risultato»", cit., p. 95.

103 NICOLUSSI, A.: "Il commiato", cit., p. 804.

Si prende atto, tuttavia, che la partizione è ancora in uso alla giurisprudenza, come si apprezza nell'orientamento compatto della Terza sezione, sublimato nel decalogo c.d. Sconditti, per le conseguenze sul piano probatorio. Sicché, a questo esclusivo scopo, non può che avallarsi la teoria che ascrive all'obbligo informativo la natura di obbligazione di risultato e di prestazione, attesa la sua raggiunta autonomia rispetto alla prestazione di cura e il suo indipendente regime giuridico tracciato dalla l.n. 219/2017. Come è stato osservato¹⁰⁴, l'adempimento degli obblighi di informazione e di acquisizione del consenso consapevole da parte del paziente non hanno incidenza sulla prestazione terapeutica. Solo quest'ultima è governata dalle *leges artis*, non anche le prime.

Ricostruita la natura della prestazione e la sua autonomia rispetto a quella curativa¹⁰⁵, si può pervenire al pertinente regime giuridico da applicare in caso di inadempimento: l'inadempimento in esame non soggiace, infatti, al sistema tratteggiato dalla legge Gelli Bianco, ma obbedisce alla l. n. 219/2017, alle leggi di settore e al paradigma codicistico dell'inadempimento contrattuale.

Conseguentemente, per quanto qui rileva ai fini della quantificazione del danno conseguenza, non può farsi applicazione delle tabelle di cui agli artt. 138-139 cod. ass., non potendosi fare applicazione dell'art. 3 co. 3 l.n. 24/2017. La liquidazione del danno deve avvenire, allora, ricorrendo al criterio equitativo puro e, alle tabelle giudiziali che consentono di procedere ad una quantificazione standardizzata del danno non patrimoniale. Tabelle che, in taluni casi e a differenza di quelle di cui agli artt. 138 e 139 cod. ass., considerano autonomamente le conseguenze dell'inadempimento informativo rispetto a quelle derivanti dalla medical malpractice.

V. RISCONTRI: IL DANNO DA TRATTAMENTO ESTETICO.

L'inadeguatezza delle tabelle esaminate deriva e risulta confermato proprio dall'esame di una sottocategoria descrittiva delle conseguenze determinate dal trattamento sanitario arbitrario svolto all'esito di un inadempimento informativo: il pensiero corre, infatti, al danno determinato in occasione di un trattamento estetico.

¹⁰⁴ PIRAINO, F.: "Obbligazioni «di risultato», cit., p. 102. Ciononostante, l'A. sostiene che l'inadempimento dell'obbligo informativo produttivo di un danno all'autodeterminazione non dovrebbe condurre a esigere una tutela risarcitoria, quanto piuttosto la responsabilità penale. L'A. reputa eccessivo configurare una responsabilità da inadempimento in capo al sanitario che abbia ommesso di informare il paziente, atteso che ciò finirebbe per esprimere una visione rimediabile pan-risarcitoria. Si stigmatizza, così, l'equazione inadempimento-responsabilità contrattuale.

¹⁰⁵ Cass. civ., sez. III, 20 marzo 2018, n. 10608, in *Pluris*; Cass. civ., sez. III, 15 maggio 2018, n. 11749, *ivi*; Cass. civ., sez. III, 26 agosto 2020, n. 17806, *ivi*.

Come è noto, la Corte di Cassazione¹⁰⁶ ha da tempo inaugurato un orientamento interpretativo per il quale una lesione dell'integrità estetica della persona può cagionare sia un danno patrimoniale che un danno non patrimoniale. Nel primo caso, vengono in rilievo le conseguenze che si ripercuotono sulle attività lavorative, già svolte o future, potendo precluderne renderne maggiormente difficoltoso il conseguimento, in ragione dell'età, del sesso e delle circostanze personali del danneggiato. Invece, sul piano dei pregiudizi non patrimoniali, il danno estetico non può essere considerato una voce di danno alla persona autonoma ulteriore rispetto a quello biologico, perché ne costituisce una componente. Se sussistono più lesioni occorre fare applicazione della c.d. formula di Balthazard¹⁰⁷, ovvero sia un calcolo riduzionistico che non somma tutte le lesioni ma considera la complessiva incidenza sulla validità del danneggiato con tecnica valutativa a scalare. Cionondimeno, il danno estetico così considerato costituisce una conseguenza della lesione del diritto alla salute e i pregiudizi considerati nella formula dipendono dal medesimo fatto dannoso, ossia dal trattamento chirurgico estetico eseguito scorrettamente. Si tratta, dunque, di un pregiudizio diverso da quello determinato da un eventuale inadempimento informativo, idoneo a provocare una lesione al diverso bene giuridico dell'autodeterminazione nelle cure e, eventualmente, conseguenze pregiudizievoli non patrimoniali ulteriori e diverse da quelle dinamico-relazionali già considerate.

Obbligo informativo e consenso alle terapie variano a seconda del tipo di trattamento, atteso che i contenuti dei due obblighi devono essere sagomati attorno alle specificità della fattispecie. L'accezione della salute ha, infatti, una dimensione diversa da quella ascritta in precedenza e, dunque, ciascun trattamento avrà diversi aspetti, oggetto di rilevanza, nel compendio informativo. Il medico non ha un obbligo più forte o più debole a seconda dei casi, non ha una responsabilità più grave o più lieve a seconda del settore, ma ciò che varia è il perimetro dei dati da fornire e, con esso, pure l'eventuale spazio di rilevanza dell'inadempimento.

In questo senso, si pone l'obbligo informativo e la prestazione medica nel settore della medicina estetica¹⁰⁸. Anzi, è proprio in questo campo che la libertà in ambito terapeutico ha assunto un rilievo autonomo rispetto al diritto alla salute¹⁰⁹. È proprio con riferimento alle vicende relative all'omissione del medico

¹⁰⁶ Ex multis, Cass. civ., sez. IV, 9 settembre 2022, n. 26584; Cass. civ., sez. III, 8 luglio 2020, n. 14246; Cass. civ., Sez. III, 30 ottobre 2018, n. 27482; Cass. civ., Sez. III, 8 maggio 1998, n. 4677; Cass. civ., Sez. III, 7 novembre 2014, n. 23778; Cass. civ., Sez. III, 27 marzo 2018, n. 7513.

¹⁰⁷ MINICANGELI, P.: "Il danno estetico tra personalizzazione del danno biologico e principio riduzionistico", *Danno resp.*, num. 1, 2023, p. 77.

¹⁰⁸ ROSSETTI, M.: "I doveri di informazione del chirurgo estetico", *Danno resp.*, 2001, p. 719-1169; BARALE, A.: "La responsabilità del chirurgo estetico", *Riv. trim. dir. proc. civ.*, num. 4, 2005, p. 1359; BIONDI, M.: *Obblighi informativi*, cit., p. 526 ss.

¹⁰⁹ BILANCETTI, M.: "La responsabilità", cit., p. 519. L'Autora ricorda al lettore che la più compiuta tra le elaborazioni giurisprudenziali del consenso informato si rintraccia nel caso di un trattamento chirurgico di mastoplastica a favore di una danzatrice esotica, la quale si lamentava dinanzi al giudice delle cicatrici

nei trattamenti, chirurgici e non, di tipo estetico che la giurisprudenza italiana ha avviato la propria riflessione attorno all'inadempimento dell'obbligo di informare il paziente e alla responsabilità per il trattamento arbitrario, anche laddove la prestazione di cura risulta correttamente eseguita dal professionista.

Anche in questo settore, il professionista è chiamato ad integrare un diverso tipo di informazioni da fornire al paziente: si descrivono, con nozioni adeguate alle competenze del destinatario, la natura dell'intervento, le conseguenze, le alternative, i rischi, i costi. Non solo, perché il medico deve pure prospettare la probabilità con cui sarà possibile ottenere un effettivo miglioramento dell'aspetto fisico¹¹⁰, così come sperato dal paziente. È vero che alcuni trattamenti estetici possono essere necessari e utili per il superamento delle condizioni patologiche che affliggono il corpo, ma è altresì corretto considerare anche tutte quelle procedure che il paziente vuole far eseguire, che non sono necessariamente indicate dal medico e che sono invece funzionali all'ottenimento di una certa configurazione del proprio aspetto fisico. Questa seconda categoria risulta prodromica al conseguimento di una condizione di generale benessere psichico e nella vita di relazione dell'individuo. Anche in tale spazio di indagine si rintraccia una funzione terapeutica, così come intesa a valle di quella lunga evoluzione che ha caratterizzato il bene giuridico nella salute, visto che il "trattamento di chirurgia estetica andrebbe a scemare od eliminare un dismorfismo foriero di stati psicoreattivi patologici"¹¹¹.

Quanto precede non vuole ridurre a esigenza voluttuaria¹¹² quella sottesa ai trattamenti estetici, per impedirne l'esecuzione o svilirne la funzione, né si vuole affermare la maggiore ampiezza dell'obbligo informativo in capo al chirurgo estetico. Anzi, si conviene con l'interrogativo che si sono posti alcuni studiosi in dottrina: "[c]ome è possibile sostenere che l'obbligo informativo del chirurgo a cui ci si rivolge per intraprendere un intervento, per esempio, finalizzato al rimodellamento del seno, sia da considerarsi più ampio rispetto a quello a cui è tenuto l'oncologo chiamato ad asportare una grave formazione tumorale?"¹¹³. Semmai si vuole evidenziare il diverso contenuto dell'obbligo informativo a fronte di un trattamento talvolta richiesto dallo stesso paziente, il quale potrebbe essere

evidenti e della asimmetria riscontrata, tale da incidere sulla propria attività professionale. Sul punto, si veda pure STEFANELLI, S.: *Autodeterminazione*, cit., p. 129 ss.

110 Cass. Civ., 8 agosto 1985, n. 4394, *Pluris*: "dovere di informazione, limitato in genere per il terapeuta ai possibili rischi ed effetti delle terapie suggerite o degli interventi chirurgici proposti (...) e gravante invece sul chirurgo estetico in ordine alla conseguibilità di un miglioramento effettivo dell'aspetto fisico, che si ripercuota favorevolmente sulla vita professionale e sulla vita di relazione del paziente". Così pure Trib. Roma, 14 febbraio 1995, *Giust. civ.*, 1995, p. 643, secondo cui "Il medico chirurgo è responsabile del risultato peggiorativo di un intervento di chirurgia estetica qualora violi il dovere d'informazione collegato ad una attività preliminare di diagnosi e diretto ad ottenere un consapevole consenso del paziente". In via adesiva, Cass. civ., sez. III, 6 giugno 2014, n. 12830.

111 MASSIMELLI, M.-BO, M.-GHIARDI, M.-TAPPERO, P.: "Terapia chirurgica", cit., p. 429.

112 Sulla accezione della salute e sulle esigenze sottese al trattamento estetico, si veda BILANCETTI, M.: "La responsabilità", cit., p. 511 ss.

113 BARALE, A.: "La responsabilità del chirurgo estetico", cit., p. 1366.

portato a svolgere la procedura, per raggiungere il proprio fine, senza valutare adeguatamente le conseguenze e i rischi della stessa. E, allora, la funzione citata e la tipologia del trattamento finiscono per determinare un differente oggetto dell'obbligo di informazione posto in capo al medico e alla struttura sanitaria. In altri termini, l'esigenza informativa diviene inversamente proporzionale alla necessità tecnica del trattamento per il miglioramento delle condizioni di salute. Difatti, si possono distinguere tre tipi: chirurgia riparativa, ricostruttiva, correttiva¹¹⁴. Le procedure di chirurgia riparativa si sostanziano negli interventi di chirurgia plastica per il ripristino di una condizione somatica antecedente, determinata da una precedente lesione. Le procedure di chirurgia ricostruttiva sono propedeutiche alla correzione di imperfezioni gravi. Infine, si annoverano gli interventi esclusivamente correttivi, ossia per la modifica di imperfezioni lievi¹¹⁵. Sicché nell'ultima categoria si apprezzerà la massima eterogeneità nei contenuti dell'informazione terapeutica¹¹⁶. Oltre a diagnosi, prognosi, trattamenti possibili, modalità di esecuzione della procedura desiderata, organi e funzioni attinti, possibili esiti positivi e negativi, bisogna pure considerare gli eventuali inestetismi residuali e gli esiti cicatriziali, il decorso post-operatorio, l'incidenza sulla vita di relazione rispetto alle aspettative del paziente, il *follow-up* necessario per il conseguimento del risultato concordato e pure la correlazione logico-funzionale tra i diversi trattamenti pianificati per lo scopo. Si sostiene, infatti, che l'informazione deve essere capillare¹¹⁷. Sicché pure a fronte di una corretta esecuzione del trattamento, si può riscontrare una responsabilità per la non coincidenza degli esiti promessi in sede informativa e l'outcome concretamente ottenuto.

Queste differenze hanno una importante ricaduta applicativa. Si può considerare che la varietà di informazioni occorrenti sia idonea ad assumere incidenza sulla valutazione del nesso di causalità. A fronte di un trattamento privo di urgenza e con una minore rilevanza per il miglioramento delle condizioni di salute, l'eventuale configurabilità di esiti negativi e di rischi potrebbe indurre più agevolmente il paziente a non proseguire. Più precisamente, secondo la

114 BARALE, A.: "La responsabilità del chirurgo estetico", cit., p. 1360.

115 Sulla tripartizione, si rinvia a BILANCETTI, M.: *La responsabilità del chirurgo estetico*, cit., p. 519. Cfr. Cass. civ., 8 agosto 1985, n. 4394. Sulla distinzione si vedano pure, PUCHI, V.-FOCARDI, M.-NORELLI, G.A.: "Deontologia ed etica in chirurgia plastica: una analisi comparativa", *Riv. it. med. legale*, num. 6, 2010, p. 903 ss.

116 BILANCETTI, M.: "La responsabilità", cit., p. 520, il quale obietta come la funzione sia sempre terapeutica e l'ampiezza dell'obbligo informativo non sia in alcun modo incisa. Semmai c'è un limite di fondo nel correttamente intendere la funzione e la natura dell'intervento estetico, come si evidenziava nella giurisprudenza sul punto che descriveva la prestazione sanitaria del chirurgo estetico alla stregua di obbligazione di risultato e non di mezzi. Si sottolinea allora un approccio penalizzante nei confronti della chirurgia estetica rispetto agli altri ambiti della medicina. Così pure BARALE, A.: "La responsabilità del chirurgo estetico", cit., p. 1366. In senso opposto, si vedano TRONCONE, F.: "Brevi note sugli aspetti civilistici del consenso informato in tema di attività medico-chirurgica", *Giust., civ.*, 2011, 4, p. 191 ss.; MASSIMELLI, M.-BO, M.-GHIARDI, M.-TAPPERO, P.: "Terapia chirurgica", cit., p. 429; PAPI, L.: "La responsabilità medica", cit., p. 690 ss.; IVONE, V.: "Informazione, consenso ed errore nella medicina estetica: il labile confine tra apparenza e infelicità", *Riv. it. med. legale*, num. 2, 2016, p. 605. In questo senso Trib. Roma, sez. II, 18 ottobre 2010, n. 3118, banca dati *De Jure*; Trib. Palermo, sez. III, 06 giugno, 2019, n. 2821, ivi.

117 MASSIMELLI, M.-BO, M.-GHIARDI, M.-TAPPERO, P.: "Terapia chirurgica", cit., p. 429.

presunzione giurisprudenziale generale, che serve a valutare l'eziologia tra omessa informazione e danno all'autodeterminazione, si assume che il paziente presti il consenso al trattamento indicato dal medico per il superamento della condizione patologica. Infatti, il soggetto debole del rapporto aderisce solitamente alla proposta terapeutica del professionista, così determinando una presunzione di consenso. Per converso, qui vige o sembrerebbe trovare applicazione una presunzione di dissenso all'intervento¹¹⁸.

Al netto di tale considerazione, che può assumere rilievo sul versante processuale dell'inadempimento, l'omessa o inadeguata informazione del chirurgo estetico ai danni del paziente produce o può produrre una lesione all'autodeterminazione nelle cure funzionali alla tutela della salute psichica dell'individuo. La condizione del paziente, allora, non diverge troppo da quelle in cui versa la vittima di altro inadempimento informativo terapeutico che si sottopone alle cure per il superamento di una condizione patologica nel corpo.

Eppure, se si dovesse fare applicazione delle tabelle per la medical malpractice, della formula di Balthazard e della personalizzazione del danno, difficilmente si potrebbe accedere a un risarcimento del danno per il trattamento estetico eseguito senza valido consenso. Diversamente, se si dovesse fare applicazione delle tabelle milanesi, invece, in ragione della diversa qualificazione della responsabilità da inadempimento informativo, quantomeno un *range* di riferimento sarebbe previsto¹¹⁹. Sicché, per quanto qui interessa, le nuove tabelle nazionali non sembrano considerare, se non in sede di personalizzazione, come proponevano le tabelle veronesi, il danno estetico senza danno biologico. E, allora, una nuova considerazione critica pare sommarsi a quelle già spese dal Consiglio di Stato a margine della TUN: il risarcimento del danno, secondo lo schema previsto dalle nuove tabelle, si attesta ben al di sotto dei criteri previsti dalle tabelle paranormative e per la sua liquidazione si evidenziano notevoli lacune, poiché risultano escluse dallo spazio di applicazione tutte quelle fattispecie in cui manca una lesione nel corpo o nella mente dell'individuo attinto dalla prestazione curativa del medico¹²⁰.

118 MATTINA, L.: "Chirurgia estetica: la cassazione tra consenso informato e "dissenso presunto" del paziente", *Danno resp.*, 2015, p. 246 ss. Sul punto, si veda pure ROSSETTI, M.: "I doveri di informazione del chirurgo estetico", *Danno resp.*, 2001, p. 719-1169. Secondo l'A. "se è configurabile un danno da omessa informazione in virtù dei presupposti teorici sui quali la tesi in esame si fonda, deve concludersi che esso è un danno di per sé, cioè un danno che si aggiunge a quello patrimoniale, a quello morale, e a quello biologico. Ma allora se così è, in caso di omessa informazione il paziente avrà diritto: a) al risarcimento del 'danno da omessa informazione' in ogni caso; b) al risarcimento del danno biologico, patrimoniale e morale soltanto ove se ne accertino i presupposti, primo fra tutti il nesso causale tra la condotta del medico ed il peggioramento dello stato di salute del paziente".

119 Cionondimeno, i parametri offerti dalle tabelle giudiziali risultano ancorati ad una obsoleta considerazione del diritto alla salute e della funzione terapeutica della medicina estetica.

120 TRAVAGLINO, G.P.: "La responsabilità civile", cit., p. 268 ss.

VI. RIFLESSIONI CONCLUSIVE.

La recente messa a fuoco del diritto all'autodeterminazione terapeutica non si è accompagnata ad una considerazione autonoma della prestazione informativa del medico nel rapporto di cura, della responsabilità da inadempimento e delle conseguenze pregiudizievoli che originano dalla distorsione informativa. Quanto precede è confermato dalla scarsità di tabelle giudiziali in grado di valorizzare il danno non patrimoniale che consegue dall'inadempimento informativo terapeutico.

La mancata considerazione del danno all'autodeterminazione nelle cure nelle tabelle sui danni micro-permanenti e nello schema della tabella nazionale per i danni macro-permanenti può avere, tuttavia, due diverse chiavi di lettura.

Si cominci con la prima. Si può attribuire, come si è fatto in passato, una considerazione marginale alla fattispecie di trattamento sanitario arbitrario, nonostante la protezione costituzionale ascritta al bene giuridico. Perpetuando il ruolo ancillare della fattispecie e delle conseguenze che può generare, allora la concertazione citata dovrebbe considerare nel danno non patrimoniale da *med mal* anche le conseguenze da inadempimento informativo. Dunque, i pregiudizi ordinari della distorsione informativa dovrebbero confluire nelle tabelle nazionali alla stregua di quanto previsto dalle tabelle para-normative milanesi sul danno non patrimoniale. Ciò determinerebbe o potrebbe determinare un ulteriore ritardo nella adozione della tabella nazionale per l'uso di dati non precedentemente considerati nella elaborazione dello schema già illustrato. In difetto di una sezione autonoma dedicata al danno da distorsione informativa, le conseguenze dell'intervento arbitrario potrebbero essere valorizzate con la personalizzazione. Tuttavia, la personalizzazione è ammessa a fronte di un riscontrato danno biologico e, inoltre, tale meccanismo, da sé solo, pare troppo debole per la tutela effettiva del diritto all'autodeterminazione terapeutica. Per questa via, le previsioni sugli obblighi di informazione e per la raccolta della determinazione dei pazienti verrebbero ridotte a contenuto programmatico. Vieppiù che, pure volendo ammettere il ricorso a tale stratagemma, per la personalizzazione occorre che sussista una conseguenza anomala e abnorme. Così non è per le conseguenze dell'inadempimento informativo: lo smarrimento, il tradimento, lo stato d'ansia e di paura non sono esiti eccentrici del trattamento sanitario ma costituiscono o possono costituire gli effetti pregiudizievoli di un intervento o una terapia eseguita in via arbitraria.

In definitiva, la prima prospettiva potrà trovare verosimilmente spazi di applicazione, ma per i profili di criticità evidenziati non pare persuasiva e ciò conduce ad esaminare la seconda impostazione.

La lacuna evidenziata nelle pagine precedenti conferma – insieme ai numerosi ulteriori argomenti a sostegno richiamati - l'indirizzo esegetico dell'autonomia della responsabilità da inadempimento dell'obbligo informativo in ambito terapeutico rispetto alla *medical malpractice*. Una volta chiarito lo schema giuridico applicabile alla prestazione e alla responsabilità da distorsione informativa, allora si deve fare riferimento per la liquidazione al criterio equitativo puro oppure, ove previste, alle tabelle giudiziali milanesi. Le tabelle RCA non forniscono alcun parametro dirimente proprio perché le conseguenze di un trattamento arbitrario non coincidono e non possono coincidere con quelle della *medical malpractice*. Conseguentemente, i parametri tabellari para-normativi, alla stregua della sintesi statistica, sono gli unici ad oggi idonei a orientare il giudice nella quantificazione delle conseguenze pregiudizievoli prodotte dall'asimmetria informativa, non solo a Milano ma su tutto il territorio nazionale.

BIBLIOGRAFIA

BARALE, A.: "La responsabilità del chirurgo estetico", *Riv. trim. dir. proc. civ.*, num. 4, 2005, p. 1359.

BENEDETTI, M.-BENEDETTI, A.: "Cause preesistenti e sopravvenute all'evento lesivo nella responsabilità medica", *Merito*, num. 12, 2017, p. 11.

BIANCA, C.M.: *L'obbligazione. Diritto civile*, Giuffré, Milano, 2019, p. 74.

BIANCA, C.M.: *Dell'inadempimento delle obbligazioni*, in *Comm. Scaloja-Branca*, sub art. 1174, 1979, p. 33 ss.

BIANCA, M.: *Il best interest of the child*, Sapienza Università Editrice, Roma, 2021.

BIANCA, M.: "Il diritto del minore ad avere due soli genitori: riflessioni a margine della decisione del Tribunale di Roma sull'erroneo scambio degli embrioni", *Dir. fam. pers.*, num. 1, 2015, p. 186 ss.

BIGLIAZZI GERI, L.: *Della risoluzione per inadempimento*, II, artt. 1460-1462, in *Comm. Scajola-Branca*, Roma, 1988, p. 71.

BILANCETTI, M.: "La responsabilità del chirurgo estetico", *Riv. it. med. leg.*, 1997, p. 519.

BIONDI, M.: "Obblighi informativi e responsabilità medica", *Nuova giur. civ. comm.*, num. 3, 2022, p. 522-523.

CABGUILHEM, G.: *Sulla medicina*, Einaudi, Torino, 2002.

CANNAVÒ, G.: "Tabelle per la liquidazione del danno di non lieve entità. Tardive, inutili e mortificanti la professionalità medico legale", *Danno resp.*, num. 2, 2021, p. 180.

CASSANO, G.-DE GIORGI, M.: "Intervento del medico e pregiudizio alla salute, il tribunale di Milano personalizza il danno iatrogeno", *Vita notarile*, 2014, p. 151.

CASTRONOVO, C.: *La nuova responsabilità civile*, Milano, 2006, p. 560 ss.

CASTRONOVO, C.: "Profili della responsabilità medica", *Vita notarile*, 1997, p. 1225 ss.

CASTRONOVO, C.: "Ritorno all'obbligazione senza prestazione", *Eur. dir. priv.*, num. 3, 2009, p. 679 ss.

CASTRONOVO, C.: "Swinging malpractice. Il pendolo della responsabilità medica", *Eur. dir. priv.*, 2020, p. 847.

COLETTI, E.: "Intelligenza artificiale e attività sanitaria. Profili giuridici dell'utilizzo della robotica in medicina", *Riv. dir. eco. trasp. amb.*, 2021, p. 201 ss.

COLLETTI, E.: "Tabelle di Milano: l'evoluzione paranormativa dei criteri risarcitori tra adeguamenti e nuove prospettive", *Resp. civ. prev.*, num. 4, 2023, p. 1290 ss.

COMANDÈ, G.: "Tecnologie e metamorfosi del danno e della responsabilità sanitaria", *Danno resp.*, num. 2, 2024, p. 153-160.

CORSO, S.: "Il Fasciolo Sanitario Elettronico 2.0. Spunti per una lettura critica", *Nuova giur. civ. comm.*, num. 2, 2024, p. 334 ss.

COSMACINI, G.: *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Editori Laterza, Roma-Bari, 1994.

D'ADDINO SERRAVALLE, P.: *Atti di disposizione del corpo a tutela della persona umana*, ESI, Napoli, 1983.

DATTERI, E.: "Danni senza anomalie: questioni di responsabilità nella robotica medica", *Inf. dir.*, 2010, p. 59 ss.

DE MATTEIS, R.: "La responsabilità del medico dipendente: dalla violazione di obblighi di protezione all'inadempimento di un obbligo di protezione", *Contr. impr. Europa*, 2010, p. 81 ss.

DI CIOMMO, E.: *Evoluzione tecnologica e regole di responsabilità civile*, ESI, Napoli, 2003.

DI MARZIO, M.: *Responsabilità medica. Casistica e orientamenti*, Giuffrè, Milano, 2023.

DI ROSA, G.: *I robot medici*, in AA.VV.: "Smart – La persona e l'infosfera" (coordinated by U. SALANITRO), Pacini Giuridica, Pisa, 2022, p. 115 ss.

FACCI, G.: "Le Tabelle del Tribunale di Milano del 2021", *Corr. Giur.*, 1 luglio 2021.

FACCIOLI, M.: "Intelligenza artificiale e responsabilità sanitaria", *Nuova giur. civ. comm.*, num. 3, 2023, p. 732 ss.

FEDELI, R.: "Quantificazione del danno da lesione del diritto all'autodeterminazione nelle cure mediche", *Ridare.it*, 31 luglio 2017.

FIORI, A.: "Il dovere del medico di informare il paziente: senza più limiti?", *Medicina e Morale*, num. 3, 2000, p. 443.

FOGLIA, M.: *La relazione di cura dopo la legge 219/2017. Una prospettiva interdisciplinare*, Pacini Giuridica, Pisa, 2019.

FOGLIA, M.: *Responsabilità medica e risarcimento*, in AA.VV.: "Il risarcimento del danno e le sue «funzioni»" (coordinated by A. BARBIERATO), Jovene, Napoli, 2013, p. 200.

FOUCAULT: *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1963.

FRANZONI, M.: "La responsabilità civile in un codice europeo?", *Contr. imp.*, num. 2, 2023, p. 400-401.

GELLI, F.-HAZAN, M.-ZORZIT, D.: *Nuova Responsabilità sanitaria e la sua Assicurazione*, Giuffrè, Torino, 2017.

GIUSTI, A.: *Il consenso informato oggi e il dovere di informazione per la corretta esecuzione della prestazione nel diritto sanitario e nel diritto del mercato finanziario*, ESI, Napoli, 2023.

GORGONI, M.: "Il medico non ha il diritto, ma solo la potestà di curare", *Resp. civ. prev.*, num. 7-8, 2008, p. 1542.

GORGONI, M.: "Il trattamento sanitario arbitrario nella morsa tra diritto vivente e diritto vigente", *Resp. civ. prev.*, num. 3, 2017, p. 739.

GORGONI, M.: "La «stagione» del consenso e dell'informazione: strumenti di realizzazione del diritto alla salute e di quello dell'autodeterminazione", *Resp. civ. prev.*, 1999, p. 488.

GRASSO, A.G.: "Diagnosi algoritmica errata e responsabilità medica", *Riv. dir. civ.*, num. 2, 2023, p. 334 ss.

GRASSO, A.G.: *Maternità surrogata altruistica e tecniche di costituzione dello status*, Giappichelli, Torino, 2022.

GRAZIADEI, M.: *Il consenso informato e i suoi limiti*, in AA.VV.: "I diritti in medicina", in *Trattato di Biodiritto* (coordinated by RODOTÀ S.-ZATTI P.), Giuffrè, Milano, 2011, p. 263 ss.

GREMIGNI FRANCINI, L.: "Danno extracontrattuale "da mancato consenso informato" ed identificazione del sanitario responsabile", *Nuova giur. civ. comm.*, num. 1, 2007, p. 250 ss.

GRISI, G.: *L'obbligo precontrattuale di informazione*, Jovene, Napoli, 1990, p. 472.

GUARNIERI, A.: "Profili giuridici della fine della vita umana", *Resp. civ.*, 2009, p. 1707 ss.

INZITARI, B.-PICCININI, V.: *L'attività di negoziazione degli strumenti finanziari: violazione degli obblighi di condotta tra nullità virtuale ed inadempimento contrattuale, Tutela del risparmio, authorities e governo societario*, Giuffré, Milano, 2008.

INZITARI, B.-PICCININI, V.: *La tutela del cliente nella negoziazione di strumenti finanziari*, Cedam, Padova, 2008.

IPPOCRATE, *Opere*, Utet, Torino, 1996.

IVONE, V.: "Informazione, consenso ed errore nella medicina estetica: il labile confine tra apparenza e infelicità", *Riv. it. med. legale*, num. 2, 2016, p. 605.

LA MONACA, G.-TAMBONE, V.-ZINGARO, N.-POLACCO, M.: *L'informazione nel rapporto medico-paziente*, Giuffré, Milano, 2005.

LA ROCCA, G.: *Autonomia privata e mercato dei capitali. La nozione civilistica di "strumento finanziario"*, II ed., Giappichelli, Torino, 2009.

LAGHEZZA, M.: "Danno iatrogeno, danno differenziale e criteri di calcolo: una via d'uscita dalla selva oscura?", *Foro it.* 2022, I, c. 223.

MASSIMELLI, M.-BO, M.-GHIARDI, M.-TAPPERO, P.: "Terapia chirurgica dell'obesità e dintorni: considerazioni medico-legali con particolare riferimento all'ambito assicurativo privato", *Riv. it. med. legale*, num. 2, 2008, p. 429.

MATTINA, L.: "Chirurgia estetica: la cassazione tra consenso informato e "dissenso presunto" del paziente", *Danno resp.*, 2015, p. 246 ss.

ROSSETTI, M.: "I doveri di informazione del chirurgo estetico", *Danno resp.*, 2001, p. 719-1169.

MAUTONE, P.: *Responsabilità sanitaria e risk management*, Giuffré, Milano, 2020.

MAZZAMUTO, S.: *Il contratto di diritto europeo*, III ed., Giappichelli, Torino, 2017.

MINICANGELI, P.: "Il danno estetico tra personalizzazione del danno biologico e principio riduzionistico", *Danno resp.*, num. 1, 2023, p. 77.

MONATERI, P.G.-BONA, M.: voce *Danno alla persona*, *Dig. Disc. Priv.*, I agg., Torino, 1997, p. 654-667.

MOROZZO DELLA ROCCA, P.: "Capacità di volere e rifiuto alle cure", *Eur. dir. priv.*, num. 2, 2014, p. 387-454.

NANNINI, U.G.: *Il consenso al trattamento medico. Presupposti teorici e applicazioni giurisprudenziali in Francia, Germania e Italia*, Giuffrè, Milano, 1989.

NATOLI, R.: "Consenso informato e obbligazioni di risultato tra esigenze di compensation ed esigenze di deterrente", *Danno resp.*, 2000, p. 733-734.

NATOLI, S.: *L'esperienza del dolore*, Feltrinelli, Milano, 1987.

NATOLI, U.: *L'attuazione del rapporto obbligatorio. Il comportamento del debitore*, in *Tratt. Dir. civ. Cicu-Messineo-Mengoni*, Milano, 1984, p. 47-53.

NICOLUSSI, A.: "Il commiato della giurisprudenza dalla distinzione tra obblighi di risultato e di mezzi", *Eur. dir. priv.*, 2006, p. 797.

NICOLUSSI, A.: "Sezioni sempre più unite contro la distinzione fra obbligazioni di risultato e di mezzi", *Danno resp.*, num. 8-9, 2008, p. 874.

NICOLUSSI, A.: "Testamento biologico e problemi di fine vita: verso un bilanciamento di valori o un nuovo dogma della volontà?", *Eur. dir. priv.*, num. 2, 2013, p. 463 ss.

OSTI, G.: "Revisione critica della teoria della impossibilità della prestazione", *Riv. dir. civ.*, 1918, p. 209 ss.

PALMIERI, A.-PARDOLESI, R.: "Le novità (ancora mascherate e neppure tanto inedite) dell'assicurazione della responsabilità sanitaria", *Foro it.*, 2017, V, c. 197 ss.

PARADISO, M.: "La responsabilità medica dal torto al contratto", *Riv. dir. civ.*, 2001, p. 343.

PARDOLESI, R.-SIMONE, R.: "Guerre tabellari: Milano colpisce ancora", *Danno resp.*, 2022, p. 536 ss.

PARDOLESI, R.-SIMONE, R.: "Le nuove tabelle milanesi e il fascino discreto della para-normatività", *Europa resp.*, 2021, p. 423-432.

PARDOLESI, R.-SIMONE, R.: "Nuova responsabilità medica", *Foro it.*, 2017, V, c. 161 ss.

PASQUINO, T.: *Autodeterminazione*, in AA.VV.: "Le parole del diritto. Studi in onore di Carlo Castronovo", Jovene, Napoli, 2018, p. 125-126.

PATTI, S.: "Danno non patrimoniale e valutazione equitativa", *Riv. trim. dir. proc. civ.*, num. 4, 2022, p. 1029-1046.

PERLINGIERI, C.: "L'incidenza dell'utilizzazione della tecnologia robotica nei rapporti civilistici", *Rass. dir. civ.*, 2015, p. 1235 ss.

PERLINGIERI, C.: "Responsabilità civile e robotica medica", *Tecnologia dir.*, 2020, p. I ss.

PERLINGIERI, P.: *La personalità umana nell'ordinamento giuridico*, ESI, Napoli, 1972.

PERRINO, S.P.: "La responsabilità da inadempimento informativo terapeutico", *Resp. civ. prev.*, num. 4, 2023, p. 1344-1362.

PIRAINO, F.: "Obbligazioni «di risultato» e obbligazioni «di mezzi» ovvero dell'inadempimento incontrovertibile e dell'inadempimento controvertibile", *Eur. dir. priv.*, num. 1, 2008, p. 83.

PLATONE: *Tutti gli scritti*, Rusconi, Milano, 1991.

PLICHI, V.-FOCARDI, M.-NORELLI, G.A.: "Deontologia ed etica in chirurgia plastica: una analisi comparativa", *Riv. it. med. leg.*, num. 6, 2010, p. 903 ss.

PONZANELLI, G.: "Danno da relazione parentale: tabelle giudiziali, ruolo della Cassazione e uniformità", *Nuova giur. civ. comm.*, num. 2, 2023, p. 102 ss.

PONZANELLI, G.: "Il nuovo statuto del danno alla persona è stato fissato, ma quali sono le tabelle giuste?", *Nuova giur. civ. comm.*, num. 2, 2019, p. 277-278.

PONZANELLI, G.: "La Tabella Unica Nazionale ex art. 138 Codice delle Assicurazioni: il Consiglio di Stato boccia la bozza di Decreto del Governo", *Danno resp.*, num. 2, 2024, p. 190 ss.

PONZANELLI, G.: "La Terza Sezione della Cassazione e la responsabilità civile", *Danno resp.*, num. 1, 2024, p. 5 ss.

POSTERARO, N.: *Danni da responsabilità medica*, in AA.VV.: "Il danno alla persona" (coordinated by G. CASSANO), II ed., Milano, 2022, p. 880.

POSTERARO, N.: *Il diritto alla salute e l'autodeterminazione del paziente*, in AA.VV.: "La nuova responsabilità medica. Una ricostruzione giurisprudenziale alla luce della Legge Gelli-Bianco" (coordinated by G. CASSANO), Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2020.

POSTERARO, N.: "Sanità digitale, Fascicolo Sanitario Elettronico e PNRR", *Sanità pubblica e privata*, num. 2. 2023, p. 7-23.

PROCIDA MIRABELLI DI LAURO, A.-FEOLA, M.: *Diritto delle obbligazioni*, ESI, Napoli, 2020.

PROCINO, R.: *I codici deontologici in Italia. Il percorso di una evoluzione*, in *FNOMCEO. Nel cinquantenario della ricostruzione, 1946-1996*, p. 109.

RAPISARDA, I.: "Appunti sul fascicolo sanitario elettronico 2.0", *Resp. medica*, num. 1, 2024, p. 57-58.

RIMINI E.: *Le regole di condotta*, in AA.VV.: "Il Testo Unico Finanziario" (coordinated by M. CERA-G. PRESTI), Zanichelli, Bologna, 2020, p. 427 ss.

RODOTÀ, S.: *Dal soggetto alla persona*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2007.

RODOTÀ, S.: *Il nuovo Habeas corpus: la persona costituzionalizzata e la sua autodeterminazione*, in AA.VV.: "Ambito e fonti del biodiritto", in *Trattato di Biodiritto* (coordinated by S. RODOTÀ-P. ZATTI), Giuffré, Milano, 2011, p. 211 ss.

ROSSETTI, M.: "I doveri di informazione del chirurgo estetico", *Danno resp.*, 2001, p. 719-1169.

ROTONDO, V.: *Responsabilità medica e autodeterminazione della persona*, Napoli, 2020.

SALANITRO, U.: "Intelligenza artificiale e responsabilità", *Riv. dir. civ.*, 2020, p. 1246.

SALANITRO, U.: *Norme in materia di procreazione medicalmente assistita, Art. 1-18*, in AA.VV.: *Commentario del codice civile. Della famiglia* (coordinated by E. GABRIELLI), Utet, Torino, 2010, p. 1752.

SALVATORE B.: *Informazione e consenso nella relazione terapeutica*, ESI, Napoli, 2012.

SALVI, C.: "Diritto postmoderno o regressione premoderna?", *Eur. dir. priv.*, 2018, num. 3°, p. 865-882.

SCHUCK, P.H.: "Rethinking Informed Consent", *Yale Law Journal*, 1994, 103, p. 899 ss.

SCOGNAMIGLIO, C.: "Responsabilità precontrattuale e danno non patrimoniale", *Resp. civ. prev.*, 2009, p. 142.

SHORTER, E.: *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, Feltrinelli, Milano, 1986.

SMORTO, G.: voce *Responsabilità medica*, *Dig. disc. priv.*, IV, Torino, 2013, p. 640-672.

SPISANTI, S.: "L'antropologia medica di Viktor v. Witzsäker: conseguenze etiche", *Medicina e Morale*, num. 3, 1985, 531-543.

TOMASI DI LAMPEDUSA, G.: *Il Gattopardo*, Feltrinelli, Milano, 1983.

TOSCANO, G.: *Informazione, consenso e responsabilità sanitaria*, Giuffrè, Milano, 2006.

TRAVAGLINO, G.P.: "Responsabilità civile - L'errore senza colpa e il danno psichico", *Nuova giur. civ. comm.*, num. 2, 2023, p. 268.

TRONCONE, F.: "Brevi note sugli aspetti civilistici del consenso informato in tema di attività medico-chirurgica", *Giust., civ.*, num. 4, 2011, p. 191 ss.

VETTORI, N.: "Il diritto alla salute alla fine della vita: obblighi e responsabilità dell'amministrazione sanitaria", *Riv. it. med. leg.*, 2016, p. 1463 ss.

VON WEIZSÄKER, V.: *Der kranke Mensch*, K.F. Koeler Verlag, Stoccarda, 1951.

ZATTI, P.: "Rapporto medico-paziente e "integrità" della persona", *Nuova Giur. Civ. Comm.*, num. 12, 2008, p. 408.

ZIMZ, D.: "Il rebus della determinazione del danno (nella responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria)", *Resp. civ. prev.*, num. 4, 2017, p. 1123-1137.