Conferenza Nazionale
Medice cura te ipsum
Pisa 27 – 28 marzo 2017

Il profilo di responsabilità degli operatori sanitari

Prof. Andrea Gentilomo MD PhD
Università degli Studi di Milano
Dipartimento "Cesare Beccaria"
c/o Istituto di medicina legale e delle Assicurazioni

Le infezioni in ambito sanitario sono una frequente materia di di discussione giudiziaria e presentano consistenti problemi interpretativi.

Esiste una ricca produzione giurisprudenziale sul tema, di prevalente origine civilistica, che riguarda anche le vaccinazioni, anche se prevalentemente in relazione ai benefici previsti per le complicanze vaccinali.

Di fatto il tema delle eventuali conseguenze di una mancata vaccinazione del personale sanitario non ha dato luogo, per quanto noto, a controversie incentrate su questo specifico aspetto, laddove il problema dell'infezione ospedaliera (che molto facilmente vede nel personale sanitario il veicolo) ha invece massima espressione.

Alcune brevi premesse generali

- **Illecito penale (reato)**

e

- **Illecito civile**

Possono scaturire dalla medesima vicenda clinica ma presentano caratteri profondamente differenti

Versante penale

- È incentrato sulla persona (art. 27 c. 1 Cost.*: La responsabilità penale è personale*).

- È strettamente tipizzato (art. 1 c.p.: *Nessuno può essere punito per un fatto che non sia espressamente preveduto come reato dalla legge, né con pene che non siano da essa stabilite*).

Reato

- Il reato esiste se, e solo se:
  - l'autore attua una condotta tipica;
  - la condotta genera un evento causalmente correlato alla condotta medesima
  - l'autore presenta un determinato atteggiamento psicologico;

Elemento psicologico

Il codice penale prevede tre possibili atteggiamenti psicologici (art. 43):

Dolo: “è doloso, o secondo l'intenzione, quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l'esistenza del delitto, è dall'agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione”.

Colpa: “è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline”.

Preterintenzionalità: “è preterintenzionale, o oltre l'intenzione, quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente”.

Causalità

È prevista una disciplina specifica per il rapporto di causalità (art. 40 e 41)

Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo

Concorso di cause (art. 41 cp)

- Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione od omissione e l'evento.
- Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità, quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento. In tal caso, se l'azione od omissione precedente commessa costituisce per sè un reato, si applica la pena per questo stabilita.
- Le disposizioni precedenti si applicano anche quando la causa preesistente o simultanea o sopravvenuta consiste nel fatto illecito altrui.

Illecito civile

Il sistema è incentrato su un **fatto atipico**, in cui l'elemento centrale è costituito dalla identificazione di un **danno ingiusto**, in una prospettiva che vede al centro dell'indagine il danneggiato e non l'autore del fatto come nel campo penale.

RESPONSABILITÀ EXTRA-CONTRATTUALE

art. 2043 c.c. Risarcimento per fatto illecito

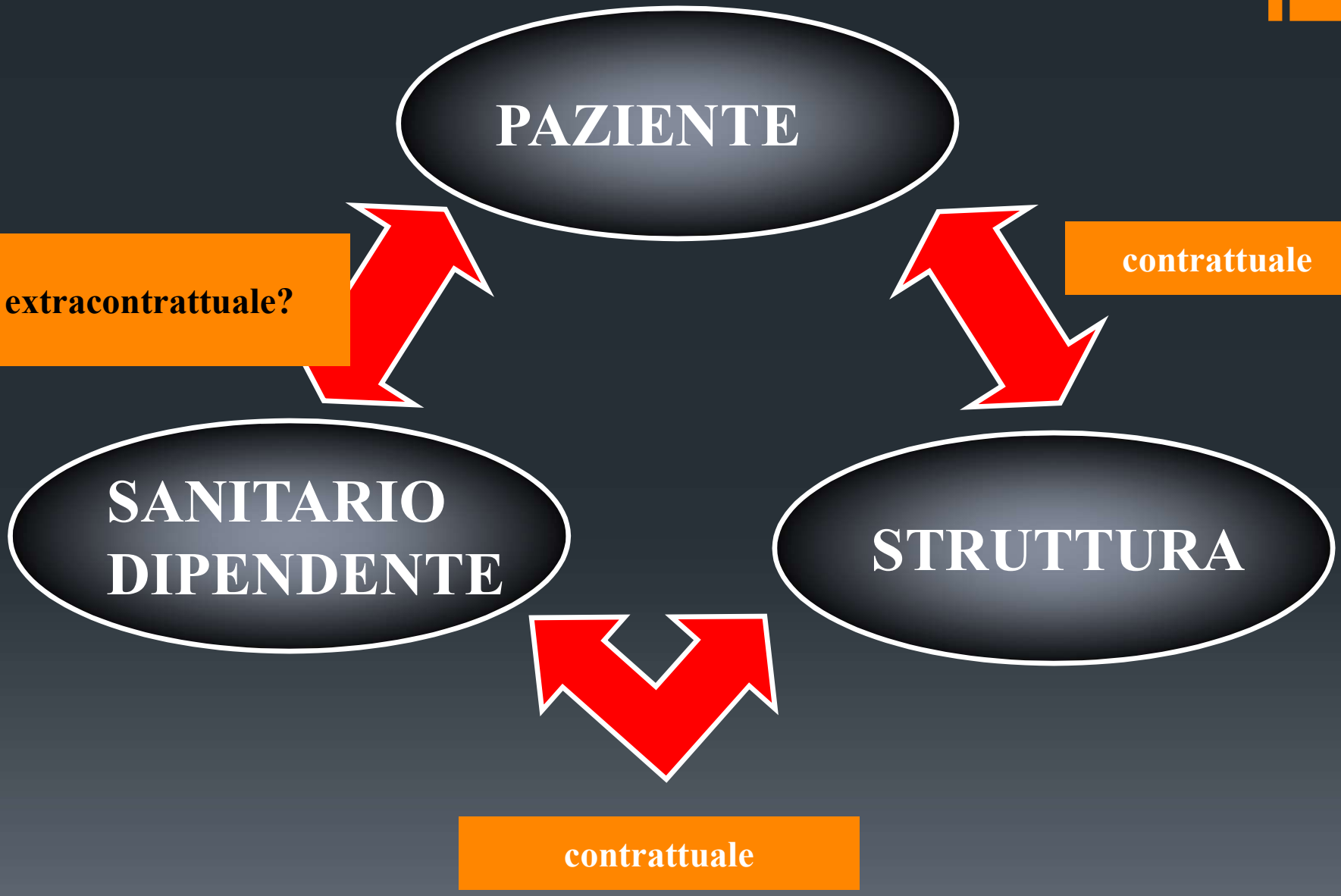
qualunque fatto, doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno.

RESPONSABILITÀ CONTRATTUALE

art. 1218 c.c. Responsabilità del debitore

il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile.

	RESP. CONTRATTUALE (INADEMPIMENTO)	RESP. EXTRA-CONTRATTUALE
FONTE	deriva dalla violazione di qualsiasi preesistente obbligazione tra le parti, di natura negoziale o legale	deriva da un illecito che presenti i requisiti richiesti dall'art. 2043 c.c. (principio del *neminem laedere*)
ONERE della PROVA	Attore: fonte del diritto (negoziale o legale) e danno ingiusto Convenuto: impossibilità della prestazione per fatto non imputabile (art. 1218 c.c.)	Attore: - Il fatto illecito - il danno ingiusto - il nesso di causalità
PRESCRIZ.	10 anni (art. 2946 c.c.)	5 anni (art. 2947 c.c.)


PAZIENTE
contrattuale
STRUTTURA
contrattuale
SANITARIO DIPENDENTE
extracontrattuale?

L ' impostazione *tradizionale*, che riconduce tale responsabilità nell'alveo dell'art. 2043 c.c., sulla base della considerazione che in tali fattispecie il paziente stipula il contratto solo con la struttura sanitaria e non con il medico curante, non è sembrata condivisibile nella misura in cui equipara il medico dipendente al *quisque de populo* che si inserisce nella sfera giuridica altrui provocando l'evento dannoso. In tal modo, si osserva, si riduce al momento terminale, cioè al danno, una vicenda che non incomincia con il danno ma si instaura prima come rapporto in cui **il paziente**, quanto meno in punto di fatto, **si affida alle cure del medico ed il medico accetta di prestargliele**.

RESPONSABILITÀ DA CONTATTO SOCIALE

È stata quindi elaborata l'interpretazione (giurisprudenziale) della **responsabilità** (contrattuale) **da contatto sociale,** anche per il medico dipendente della struttura ospedaliera:

"L'obbligazione del medico dipendente dal servizio sanitario per responsabilità professionale nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul **contatto sociale** ha natura contrattuale. Consegue che relativamente a tale responsabilità **i regimi della ripartizione dell'onere della prova, del grado della colpa e della prescrizione sono quelli tipici delle obbligazioni da contratto d'opera intellettuale professionale**" (Cass. Sez. 3^ 22.01.1999 n. 589).

N.B. Si tratta di regimi più favorevoli per il paziente/creditore.

Però

Recentemente, la l. 8 marzo 2017, n. 24 *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"* all'art. 7 ha stabilito che:

- l'esercente la professione sanitaria dipendente da SSN o in convenzione risponde per responsabilità extra-contrattuale (anche nel caso di attività *intra moenia*); la responsabilità contrattuale rimane in caso di "abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente" (c. 3);

- la struttura sanitaria risponde per responsabilità contrattuale, anche per il fatto commesso da personale non dipendente e scelto dal paziente (c. 1).

Inoltre:

Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-sexies del codice penale .

590-sexies c. 2

(…) Qualora l'evento si sia verificato a causa di **imperizia**, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto

Causalità

Il codice civile non prevede disposizioni specifiche se non nella parte attinente alla individuazione del danno risarcibile (artt. 1223, 1226, 1227), limitandosi in altre disposizioni essenziali alla sintetica formula “cagiona” (art. 2043).

I criteri dell’aumento del rischio o della mancata riduzione del rischio hanno assunto un ruolo centrale.

Incidentalmente, tali categorie costituiscono una via di comunicazione con l’analisi bio-medica

“ …il nesso causale diviene ***la misura della relazione probabilistica concreta*** *(e svincolata da ogni riferimento soggettivo) tra comportamento e fatto dannoso (…) da ricostruirsi anche sulla base dello scopo della norma violata, mentre tutto ciò che attiene alla sfera dei doveri di avvedutezza comportamentale (…) andrà più propriamente ad iscriversi entro l'orbita soggettiva (la colpevolezza) dell'illecito. …”*

Cass. civ. Sez. III, 16-10-2007, n. 21619

*Ai fini della ricostruzione del **nesso causale** in materia di **responsabilità civile**, diversamente da quella penale dove vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", vige la regola della preponderanza dell'evidenza o **"del più probabile che non"**, stante la diversità dei valori in gioco nel processo penale tra accusa e difesa, e l'equivalenza di quelli in gioco nel processo civile tra le due parti contendenti*

Cass. civ. Sez. Unite, 11-01-2008, n. 584

la citata SSUU 11-01-2008, n. 584 distingue la **causalità generale**

"… la capacità in generale di una sostanza a provocare malattie, il rischio che incombe su popolazioni indagate, cioè su gruppi e non su singoli individui …"

e

la causalità specifica (o individuale)

"… la concretizzazione della probabilità ragionevole nel singolo caso della legge causale generale …"

Cosa potrebbe accadere?

Mancando precedenti giurisprudenziali (e non essendo un tema trattato dalla dottrina) è necessario procedere per ipotesi.

Il primo punto da definire riguarda l'esistenza per il sanitario di un obbligo di vaccinarsi in funzione della protezione del paziente.

Tale aspetto riguarda il campo penale come quello civile.

Area penale

Dal **II comma dell'art. 40 c.p.** (*non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo*) la dottrina giuridica ha dedotto la cosiddetta posizione di garanzia.

In sostanza, alcuni soggetti hanno un ruolo (formalizzato dal punto di vista giuridico in senso ampio) che li mette nella posizione di poter contrastare determinati eventi (dannosi o pericolosi).

La posizione di garanzia riguarda tipicamente le professioni sanitarie.

La posizione di garanzia riguarda eventi **prevedibili** e **prevenibili**

In questa prospettiva, la prima questione sta nel definire se la vaccinazione rientri nelle varie sfaccettature della posizione di garanzia oppure no.

Più in particolare, è necessario definire se la vaccinazione sia sostanzialmente una procedura doverosa in quanto funzionale alla protezione del paziente.

Si tratta solo del primo problema. Gli altri riguardano:

- L'efficacia della protezione (che coinvolge il profilo della prevenibilità e prevedibilità dell'evento dannoso = infezione del paziente).
- La riferibilità causale della malattia del singolo paziente alla mancata protezione vaccinale del singolo sanitario.
- La configurazione dell'aspetto psicologico del sanitario rispetto alla mancata vaccinazione e alla trasmissione dell'infezione.

Profilo soggettivo

- L'infezione ospedaliera è per solito collocata nell'ambito del delitto colposo.

- In passato vi sono stati alcuni processi riguardanti la trasmissione dell'infezione da HIV da parte di un soggetto consapevole dello stato di sieropositività che però non lo aveva comunicato al partner (poi ammalatosi).

- La situazione per certi versi potrebbe essere assimilabile alla mancata vaccinazione, in relazione alla consapevolezza di ciò e rispetto al rischio per il paziente.
- Le soluzioni dei processi (pochi peraltro) furono non univoche quanto meno nel primo grado di giudizio, oscillando tra dolo eventuale e colpa cosciente (che si configura quando l'autore prosegue la sua azione nonostante la previsione dell'evento dannoso – art. 61 c.p.), ma la Cassazione si è orientata verso il dolo eventuale (configurandosi quindi lesioni o omicidio dolosi).

Area civile

In questo caso, il primo passaggio riguarda l'individuazione dell'illecito (contrattuale o extra-contrattuale) che rinvia alla "doverosità" della vaccinazione per il personale sanitario.

Vaccinazione e standard di cura

Premesso che non risultano obblighi formalizzati di vaccinazione, quanto meno in Europa, vi è una consistente letteratura che delinea una spinta forte verso la vaccinazione, anche in forma obbligatoria.

Table 2

Ethical arguments for and against mandatory vaccination for healthcare workers as a means to protect patients' health

Argument	For mandatory vaccination	Against mandatory vaccination
Autonomy	Autonomy should be respected, but restrictions of HCW autonomy might be accepted, if it is to prevent harm to patients, in particular when it comes to HCWs.	Mandatory policies violate liberty and autonomy; no one should be forced to take medications, in particular controversial and potentially harmful as vaccines [26,29,36]. Vaccination pits autonomy against non-maleficence and even libertarians would more or less accept restriction of individual liberties, if this could promote community health [9,31,32].
Beneficence	If it is feasible to benefit colleagues and patients, with minimal inconvenience, then HCWs are obliged to comply.	Ensuring patients' welfare is a duty for HCWs, but it is questionable whether this implies the obligation to be vaccinated. The principle of beneficence should not be interpreted as doing good by harming persons, i.e. protecting patients by harming HCWs. HCWs should not harm their patients by, say, malpractice, but should not be forced to harm themselves for the sake of their patients' health, as persons ought not be used as a means to good ends [26,36]. If, say, influenza vaccine virus strains do not match with the circulating strains, HCWs may suffer unjustified harm at no benefit to patients.
Non-maleficence	The question of how much non-vaccinated HCWs harm patients is of little importance. Any means that would avoid harming patients should be considered. If there is a duty for everyone not to harm others by infection, this should obviously apply even more so to HCWs [4,26]; of note, the imperative *primum non nocere* (first do no harm) dates back to the Hippocratic collection. Vaccines may or may not be 100% effective and studies may or may not show significant protection of patients through HCW vaccination, but any case of a patient contracting a vaccine-preventable diseases from a non-immune HCW would be unacceptable under this tradition.	No solid evidence exists on whether non-vaccinated HCWs harm patients. Patients will continue to be exposed, regardless of HCW vaccination.
Justice	It is unfair for patients who cannot be effectively vaccinated (such as infants, elderly people and those who are immunocompromised) to be treated by non-immune HCWs. Such patients can only be protected by cocoon strategies involving immune caregivers. Justice would further require that non-immune HCWs inform patients about their non-immunised status [8]. Resources for education of HCWs could be devoted to other needs.	Voluntary vaccination policies are closer to the principle of subsidiarity than authoritarian mandates.
Professional virtue	The imperative 'do no harm' is a fundamental virtue for health professionals. Instead of insisting on autonomy, HCWs should have their patients' health as their top priority.	Good ends cannot be achieved through evil means. It is immoral to enforce policies that may promote patients' health through subjecting HCWs to potential harm.

Galanakis E, D'Ancona F, Jansen A, Lopalco PL et al. The issue of mandatory vaccination for healthcare workers in Europe. *Expert Rev Vaccines*. 2014 Feb;13(2):277-83

- Music T. Protecting patients, protecting healthcare workers: a review of the role of influenza vaccination. *Int Nurs Rev*. 2012 Jun;59(2):161-7
- Quach S, Pereira JA, Kwong JC, et all. Immunizing health care workers against influenza: a glimpse into the challenges with voluntary programs and considerations for mandatory policies. *Am J Infect Control*. 2013 Nov;41(11):1017-23
- Randall LH, Curran EA, Omer SB. Legal considerations surrounding mandatory influenza vaccination for healthcare workers in the United States. *Vaccine*. 2013 Apr 3;31(14):1771-6.
- Cortes-Penfield N. Mandatory influenza vaccination for health care workers as the new standard of care: a matter of patient safety and nonmaleficent practice. *Am J Public Health*. 2014 Nov; 104(11):2060-5.
- Frenzel E, Chemaly RF, Ariza-Heredia E, Jiang Y, Shah DP, Thomas G, Graviss L, Raad I. Association of increased influenza vaccination in health care workers with a reduction in nosocomial influenza infections in cancer patients. *Am J Infect Control*. 2016 Sep 1;44(9):1016-21.
- Maltezou HC, Poland GA. Immunization of Health-Care Providers: Necessity and Public Health Policies. *Healthcare* (Basel). 2016 Aug 1;4(3). pii: E47

- Hayward AC, Harling R, Wetten S, Johnson AM, Munro S, Smedley J, et al. Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2006;333(7581):1241
- Lemaitre M, Meret T, Rothan-Tondeur M, Belmin J, Lejonc JL, Luquel L, et al. Effect of influenza vaccination of nursing home staff on mortality of residents: a cluster-randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(9):1580-6

Alcuni autori pongono indicazioni molto decise verso la obbligatorietà, anche sotto un profilo bioetico. Ad esempio, Cortes-Penfield afferma che:

The ethical obligation to become vaccinated rests on each individual health care worker as an extension of their professional duty to their patients; however, health care institutions also bear an ethical obligation to ensure and enforce universal influenza vaccination among their staff, given their ability to enact vaccination policies and their increasing individual agency and institutional fiduciary responsibilities in the modern medical era

Vi sono elementi clinici (di “buone pratiche”) che sostengono uno standard di comportamento che vede la vaccinazione del personale sanitario come misura di protezione del paziente, rientrando quindi nell’ambito della posizione di garanzia.

In altri termini, si può argomentare che per il sanitario la vaccinazione rientra tra le prestazioni dovute al paziente per garantirne la sicurezza. E questo avrebbe un ruolo sia nell’ambito penale che in quello civile nella definizione del comportamento ideale.

Però…

Ammettendo che questa costruzione sia sostenibile anche fuori dell'ambito clinico e bioetico, si pone la questione (giuridica) del profilo soggettivo (colpa, dolo, preterintenzione nell'ambito penale; dolo o colpa in quello civile). Troviamo qui alcuni problemi.

In linea generale, la vaccinazione ha un effetto favorevole per la persona stessa e anche per un numero indeterminato di altri soggetti che di avvantaggiano indirettamente dello stato di resistenza del vaccinato.

Le vaccinazioni comportano rischi (pochi) di eventi avversi e possono anche risultare non protettive.

Escludendo un obbligo formalizzato, ma assumendo che la vaccinazione sia in ogni caso una misura protettiva (anche) del paziente

non vaccinarsi

da un lato rientra tra le decisioni autonome e non sindacabili del singolo (anche se può costituire un rischio per la sua salute.

dall'altro

in una relazione di cura diventa un fattore di protezione dovuto nei confronti di terzi soggetti.

La decisione di non vaccinarsi può dipendere da:

- convinzioni personali sulla inutilità/pericolosità del vaccino;
- valutazione soggettiva sulla irrilevanza del rischio personale di contrarre la malattia (escludendo dal bilancio rischi/benefici il possibile contagio di terzi soggetti);
- valutazione soggettiva sulla irrilevanza del rischio di contagiare altri soggetti;
- valutazione soggettiva sulla non gravità della malattia;
- semplice noncuranza.

Ne consegue che ricostruire il profilo soggettivo rispetto al rischio per il paziente non è agevole, anche se ragionevolmente si potrebbe collocare nel versante colpa (evento dannoso o pericoloso non voluto) con la caratterizzazione dell'imprudenza e eventualmente della colpa cosciente.

L'assetto della letteratura porta a escludere l'applicazione della condizione di non punibilità previsto dall'art. 590-bis che fa riferimento all'inosservanza di linee guida e di buone pratiche cliniche solo in caso di imperizia.

Sempre in una prospettiva di giurisprudenza teorica, vi sarebbero anche spazi per il dolo eventuale, nel caso di dovesse provare che la decisione di non vaccinarsi è stata mantenuta anche considerando il rischio di infettare il terzo soggetto

Il profilo causale

Il modello studiato maggiormente riguarda la vaccinazione anti-influenzale con particolare attenzione ai pazienti anziani in strutture di lungodegenza.

Rispetto all'efficacia della vaccinazione del personale sanitario (medico e di assistenza in generale), a fronte di una generale affermazione della riduzione di mortalità in caso di copertura vaccinale estesa del personale, vi sono indicazioni recenti (ma la revisione Cochrane è l'ultima di una serie sul tema iniziata nel 2006) in senso contrario (De Serres 2017 – Thomas 2016). In sostanza, questi due lavori sottolineano che le ricerche disponibili sono lacunose e a elevato rischio di bias.

Thomas RE, Jefferson T, Lasserson TJ.Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jun 2;(6):CD005187

We conclude that there is an absence of high quality evidence that vaccinating healthcare workers against influenza protects people aged 60 years or older in their care on influenza-specific outcomes. There is little evidence to justify medical care and public health practitioners mandating influenza vaccination for healthcare workers who care for the elderly in long-term care institutions.

De Serres G, Skowronski DM, Ward BJ, Gardam et al. Influenza Vaccination of Healthcare Workers: Critical Analysis of the Evidence for Patient Benefit Underpinning Policies of Enforcement. *PLoS One*. 2017 Jan 27;12(1):e0163586

The four cRCTs underpinning policies of enforced HCW influenza vaccination attribute implausibly large reductions in patient risk to HCW vaccination, casting serious doubts on their validity. The impression that unvaccinated HCWs place their patients at great influenza peril is exaggerated.

Instead, the HCW-attributable risk and vaccine-preventable fraction both remain unknown and the NNV to achieve patient benefit still requires better understanding. Although current scientific data are inadequate to support the ethical implementation of enforced HCW influenza vaccination, they do not refute approaches to support voluntary vaccination or other more broadly protective practices, such as staying home or masking when acutely ill

Conseguenze (giuridiche)

Se trasferiamo queste valutazioni in un ambito giuridico (ci riferiamo all'influenza), si deve concludere che se pure la vaccinazione costituisce un profilo di precauzione nei confronti del paziente, tuttavia la sua efficacia nell'impedire l'evento è molto ridimensionata se non annullata, di modo che la posizione di garanzia viene erosa per l'insussistenza del requisito di evitabilità dell'evento con il comportamento ipoteticamente dovuto.

I profili causali

Nell'ambito penale, sulla base delle prescrizioni codicistiche (art. 40 c.p.) si è giunti a stabilire che la relazione causale tra azione o omissione e evento deve essere ricostruita in termini

di certezza o di probabilità prossima alla certezza

(Cass. Penale SSUU, n. 30328 del 11-9-2002 - Franzese).

Ne consegue che è necessario accertare che:

- l'infezione del paziente sia certamente o probabilmente riferibile a un contagio originante dal sanitario (dovendo contemporaneamente escludere che il contagio sia derivato da un contatto diverso)

e

- che questo sarebbe stato impedito dalla vaccinazione.

Poiché le vaccinazioni riguardano infezioni a larga diffusione, è evidente che ricostruire questa esclusività può diventare un'impresa impossibile e, d'altro canto, le informazioni di provenienza clinica non trovano una immediata applicazione proprio per il fatto che

da un dato epidemiologico generale non può essere tratta alcuna inferenza su un caso singolo.

L'area civilistica

In un contesto civilistico, il profilo causale potrebbe trovare un più agevole inquadramento proprio per il criterio *più probabile che non* che la giurisprudenza ha avallato. E allora, il dato clinico della ridotta mortalità potrebbe assumere il ruolo di causalità generale (*"… la capacità in generale di una sostanza a provocare malattie, il rischio che incombe su popolazioni indagate, cioè su gruppi e non su singoli individui …"*), lasciando impregiudicata la causalità specifica (o individuale), consistente nella *"… la concretizzazione della probabilità ragionevole nel singolo caso della legge causale generale …"* (Cass. Civ. SSUU 11-01-2008, n. 584).

In ogni caso, qualunque valutazione deve tenere conto dei dati di efficacia protettiva della vaccinazione che, come segnalato, anche nelle situazioni studiate in modo più approfondito sono poco stringenti

Chances

Esiste tuttavia uno spazio, civilistico, relativo alla categoria della perdita di chances che in sintesi riguarda la condizione in cui l'illecito non determina in via diretta un evento dannoso, ma riduce le probabilità che l'evento dannoso non si verifichi. Peraltro, la giurisprudenza indica che la perdita di chances deve essere "apprezzabile", ciò che esclude la possibilità di una semplice possibilità di esito favorevole

“La chance, o concreta ed effettiva occasione favorevole di conseguire un determinato bene o risultato, non è una mera aspettativa di fatto, ma un'entità patrimoniale a sé stante, giuridicamente ed economicamente suscettibile d'autonoma valutazione, onde la sua perdita, id est la perdita della possibilità consistente di conseguire il risultato utile del quale risulti provata la sussistenza, configura un danno concreto ed attuale” (**Cassazione civile, sez. III, 04/03/2004, n. 4400)**

Per concludere

- Allo stato, pare difficile definire un obbligo vaccinale per il sanitario se non in termini di precauzione.

- Esistono dati contraddittori sull'efficacia delle vaccinazioni come mezzo di riduzione di morbilità e mortalità quanto meno nel modello più studiato (influenza).

- I dati clinici rendono difficile la definizione di profili giuridici chiari per quanto riguarda la posizione di garanzia, il profilo soggettivo e quello causale.

- In un ambito civilistico, possono esservi spazi più elastici, ma rimangono i problemi connessi alla ricostruzione causale e all'efficacia vaccinale.