

26°

**Congresso Nazionale
Anaa Assomed**

La riforma della responsabilità professionale: oltre la colpa

A cura di FILIPPO MARIA LARUSSA, SIMONA BONACCORSO, FEDERICO CIPRIANI,
DOMENICO ISCARO, GIOVANNI MARIA SEVERINI, ANNA TOMEZZOLI



Simona Bonaccorso
Esecutivo Nazionale

Introduzione

La responsabilità professionale del medico rappresenta uno dei temi più delicati del Diritto sanitario

La responsabilità professionale è il punto di equilibrio nella relazione medico-paziente

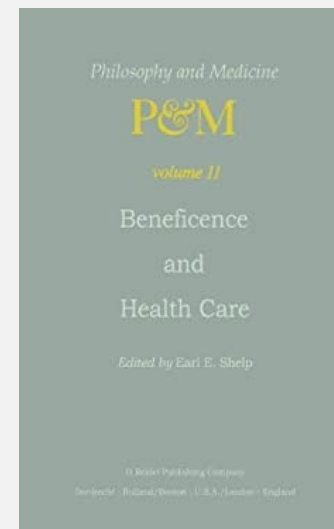


Medicina, scienza di confine tra la rigidità dei protocolli applicativi e la fragilità del malato

- Condizione socio-politica
- Spesa sanitaria
- Una medicina sempre più precisa e dotata di tecnologie avanzate sostenuta da un sistema sempre più fragile
- Maggiore sfiducia che alimenta i contenziosi
- Medici sospesi tra il diritto alla cura e il diritto a curare

Atto medico

«atto intenzionale verso la cura, orientato al bene, radicato nella fiducia reciproca seppur nell'incertezza del risultato» Earl E. Shelp - *Beneficence and Health Care*, 1982.



- ✓ *Il medico rimane l'unico terminale di aspettative sociali che il sistema non riesce a sostenere*
- ✓ *Il patto sociale che lega la professione medica allo Stato e ai cittadini è sottoposta a continua crisi*

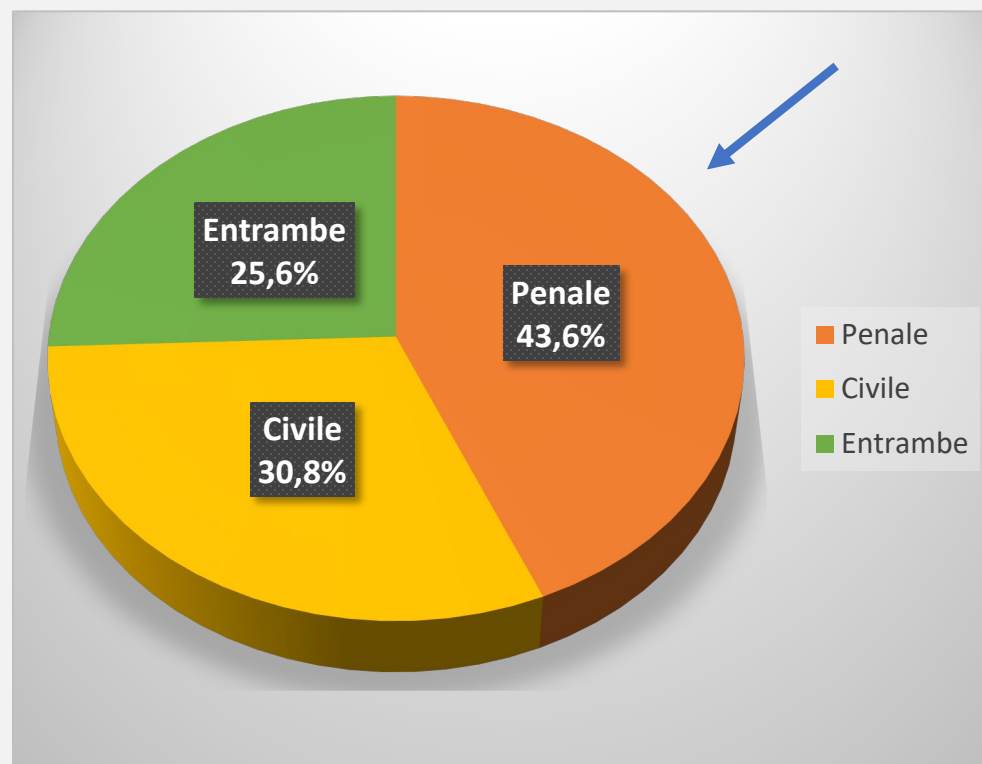
«Affrontare il tema richiede uno sguardo più ampio dei soli confini giuridici della colpa: significa proteggere l'atto medico da una deriva che trasforma l'alleanza terapeutica in terreno di diffidenza e significa riconoscere che la sicurezza del paziente e la dignità del professionista sono due facce della stessa medaglia».

I numeri della crisi nel rapporto medico-paziente

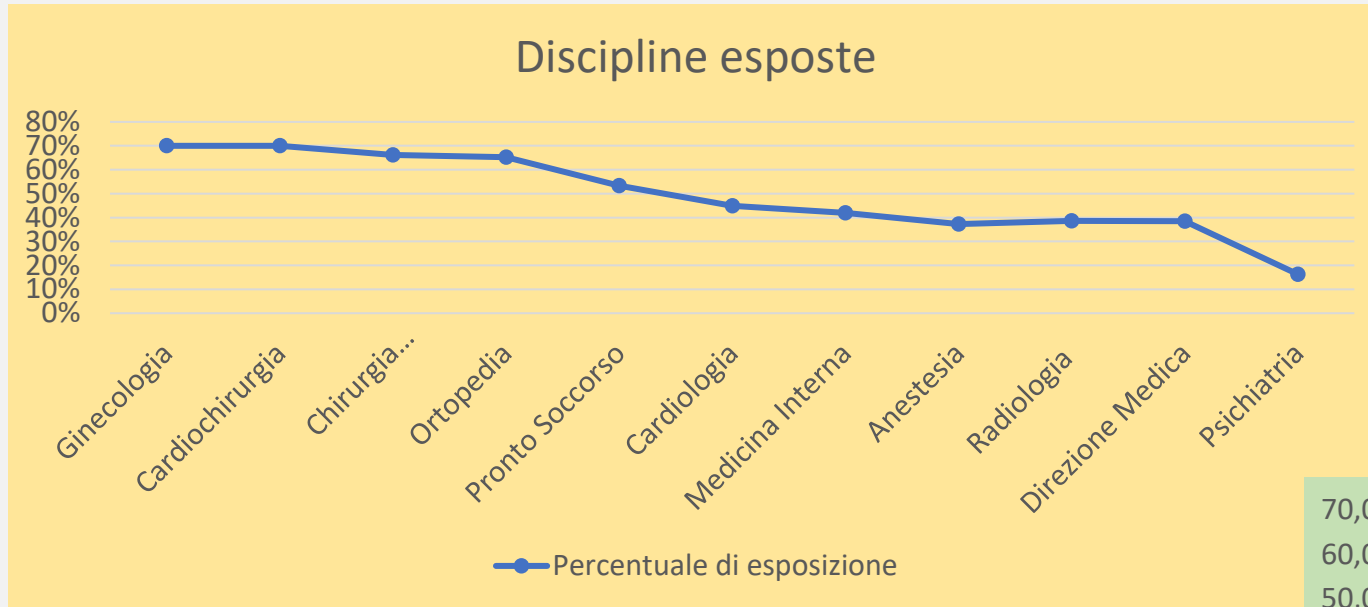
Survey del 2025 del Centro Studi dell'Anaa Assomed ha analizzato un campione rappresentativo di camici bianchi

- ✓ equamente distribuito tra uomini e donne
- ✓ età compresa tra i 25 e 65 anni
- ✓ anzianità di servizio che va dall'ingresso alla pensione

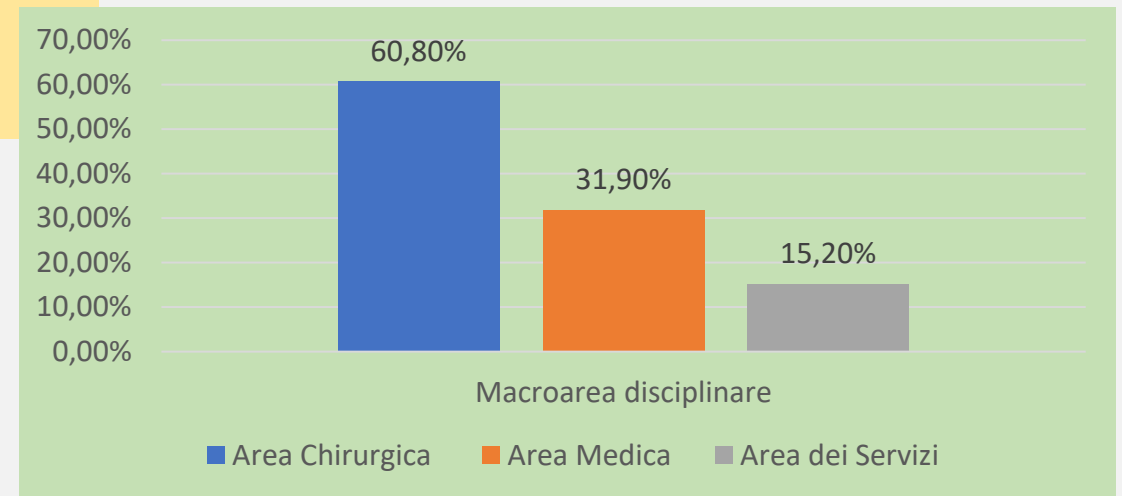
32,8% dei rispondenti ha dichiarato di aver ricevuto almeno una denuncia (civile e/o penale) nel corso della propria attività professionale



Discipline analizzate e rischio sproporzionato dell'area chirurgica



Ginecologia 70%
 Cardiochirurgia 70%
 Chirurgia generale 66,2%
 Ortopedia 65,2%
 Pronto Soccorso 53,3%
 Cardiologia 44,9%
 Medicina interna 42%
 Radiologia 38,6%
 Anestesia 37,3%
 Direzione medica di presidio 38,5%
 Psichiatria 16,3%



Emerge un gradiente crescente da nord (27,2%) a sud (39,8%).

Maggiore prevalenza nelle Strutture con 500 posti letto (37,6%) rispetto agli ospedali più grandi (28,4% oltre i 1000 posti letto).

L'esperienza non rappresenta una variabile positiva. Tra i professionisti con oltre 20 anni di carriera, i tassi di denuncia crescono sensibilmente, soprattutto in ambito chirurgico. Il dato più significativo riguarda i chirurghi uomini anziani, l'86,2% ha subito almeno una denuncia.

L'analisi dei numeri

- ❖ Si evidenzia una situazione strutturalmente critica, che riflette un rapporto medico-paziente sempre più fragile. Il contenzioso crescente si inserisce in un quadro di tensione e sfiducia reciproca.
- ❖ A confermarlo è anche l'aumento delle aggressioni ai danni del personale sanitario: secondo la **Relazione annuale Osservatorio Nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, nel 2025 sono stati registrati 17.956 episodi, che hanno coinvolto 23.367 operatori** su tutto il territorio nazionale.

L'orizzonte cui rivolgersi

- ❖ Oggi sentiamo il dovere di affermare con chiarezza che la professione medica non è soltanto un insieme di atti tecnici, è funzione sociale, presidio di civiltà, impegno quotidiano che richiede condizioni adeguate, sicurezza, rispetto.
- ❖ Accogliere pienamente questa consapevolezza non è un atto formale, ma **è il primo passo per ricostruire un patto di fiducia tra cittadini e professionisti**, per restituire serenità a chi cura e sicurezza a chi si affida.

Il Razionale

- ❖ Nell'attività sanitaria il rischio è parte del prendersi cura, è probabilità attesa che, in quanto tale, va riconosciuta e prevenuta attraverso correttivi organizzativi e sistemici che minimizzino i danni potenziali e ottimizzino la qualità dei percorsi.
- ❖ Non possiamo ammettere che **la cura debba diventare una fonte di danno evitabile**, né possiamo considerare **il rischio clinico un incidente marginale da affrontare con logiche difensive o con approcci punitivi.**
- ❖ Occorre riconoscere il «rischio» con consapevolezza, organizzazione e cultura capaci insieme di sostenere chi opera in condizioni complesse.

Il quadro normativo

Legge 28 dicembre 2015, n. 208

pone le basi per la gestione del **rischio clinico strutturato**, stabilendo la rilevanza strategica delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario all'interno del SSN → non solo obbligo organizzativo ma anche interesse primario del SSN.

Efficienza economica

Appropriatezza delle risorse

Sicurezza del malato

} Pone le fondamenta teorico-economiche
Pilastro normativo e culturale

Art. 1, comma 538 «La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente».

Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli – Bianco)

in stretta continuità evolutiva con la precedente, **edifica l'intero sistema organizzativo e giuridico della sanità italiana** → responsabilità professionale, sicurezza delle cure. Eleva il concetto di «sicurezza» dalla logica economica al Diritto Costituzionale, stabilendo che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute, come tale un dovere fondamentale verso l'individuo.

Art. 1 «La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività»

In questa cornice emerge la figura della seconda vittima

- Il professionista che, dopo un evento avverso, porta il peso emotivo e professionale;
- Quel peso non si deposita solo sulla cartella clinica ma si deposita sulla coscienza di chi ha agito e sulla capacità di fidarsi ancora del proprio operato;
- Non è fragilità individuale ma il segno di una vulnerabilità sistemica che attraversa l'organizzazione e si concentra sulla persona che ha agito. È l'effetto di un'organizzazione che chiede molto e sostiene poco;
- si incrina il benessere, si altera il giudizio, si riduce la fiducia nella propria competenza e nell'istituzione;
- la relazione di cura si impoverisce;
- l'Italia partecipa al progetto europeo *ERNST* (European Researches' Network Working on Second Victim), promosso per la valutazione e il supporto della seconda vittima;
- nonostante le indicazioni internazionali per l'implementazione di percorsi e politiche orientate alla "cultura della sicurezza del sistema", il nostro paese continua a intendere la responsabilità professionale seguendo prevalentemente una cultura della colpa e non di analisi del sistema.



Per questo la gestione del rischio:

- non può essere un adempimento burocratico;
- richiede processi chiari, responsabilità distribuite e condivise, ascolto autentico, una cultura che sostituisca la colpa con la fiducia;
- *impone di prendersi cura di chi cura, perché la sicurezza del paziente nasce anche dal benessere del professionista, in un contesto organizzativo che sostiene i propri operatori, costruisce un sistema più sicuro, più giusto e più umano.*



Approccio etico, sistemico, economico, culturale

*La tutela congiunta del
diritto alla cura e del
diritto a curare*

Manifestazione nazionale – Roma 2012



DIRIGENZA MEDICA
Il mensile dell'Anao Assomed

8 • 2012 Anno XI - n. 8 - 2012 - Poste Italiane SpA - Sped. in Abb. Postale D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, di Commercio Business Roma N°11/2004 - www.anao.it

ASSOCIAZIONE MEDICIRURGICI

27 OTTOBRE 2012
DIRITTO ALLA CURA DIRITTO A CURARE
MANIFESTAZIONE NAZIONALE

UNA MAREA DI MEDICI, DIRIGENTI SANITARI E CITTADINI

DIRITTO ALLA CURA DIRITTO A CURARE

UNA GIORNATA DA RICORDARE

La cronaca, le testimonianze e le immagini della manifestazione nazionale del 27 ottobre. Troise: "Non ci stiamo ad assistere impotenti alla morte annunciata della sanità pubblica"

IL DECRETO BALDUZZI
Il provvedimento è legge. Tutte le norme in sintesi articolo per articolo alle pagine 7-8

FEMS
Enrico Reginato è il nuovo presidente della European federation of salaried doctors a pagina 8

PROGRAMMA NAZIONALE ESITI
Le performance dei piccoli e grandi ospedali fotografate dall'Agenas alle pagine 10-14

Il filo rosso delle riforme: la tutela congiunta del diritto alla cura e del diritto a curare

La pandemia da SARS-CoV-2 ha messo in luce i limiti della disciplina penale vigente, nasce il cosiddetto **“scudo penale”**. **No privilegio, ma scudo contro la medicina difensiva**

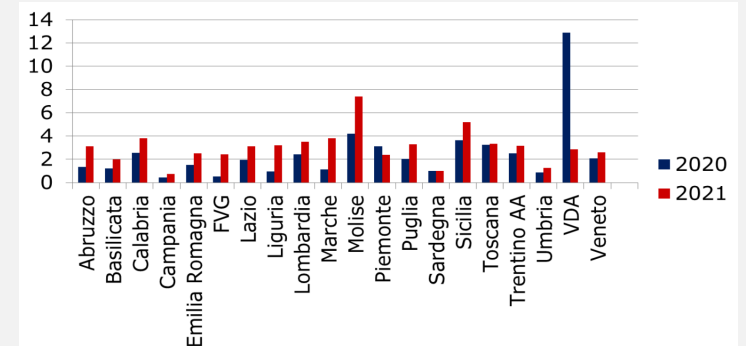


Tabella 1: Uscite dal SSN dal 2019 al 2021 per raggiunti limiti previdenziali o licenziamenti

	Pensionamenti*	Licenziamenti**	Dati
2019	4598	3123	CAT
2020	4426	2075	Onaosi
2021	3621	2886	Onaosi

*Pensionamenti: uscite per pensione, decessi, invalidità 100%

**Licenziamenti: uscite per dimissioni volontarie, termine contratto TD



STUDIO ANAAO ASSOMED

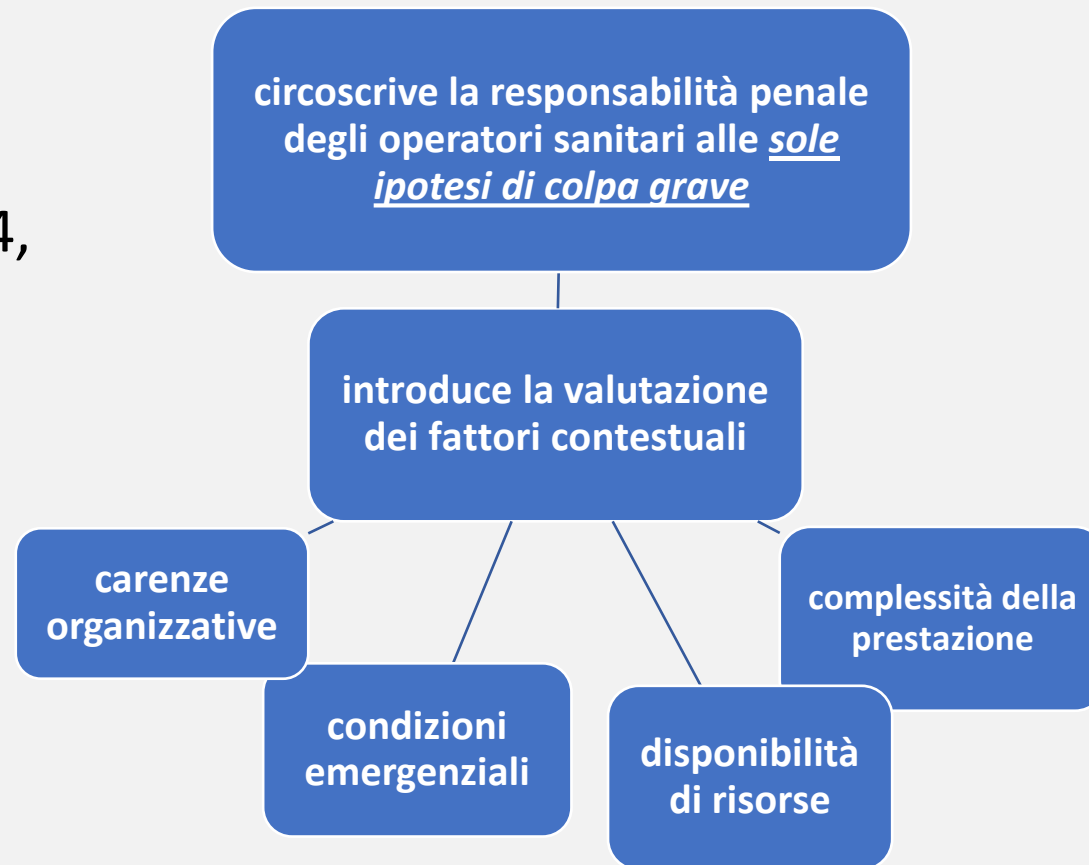
GREAT RESIGNATION: LA GRANDE FUGA DEI MEDICI DAL SSN.

20 aprile 2022

Il filo rosso delle riforme: la tutela congiunta del diritto alla cura e del diritto a curare

- Legge 28 maggio 2021, n. 76
- Legge 23 febbraio 2024, n. 18 (art. 4, commi 8-septies e 8 octies)

È un principio di buon senso: non è sostenibile che un professionista operante in una struttura organizzata risponda penalmente per disfunzioni che non può governare e che riflettono criticità sistemiche.



Il filo rosso delle riforme: la tutela congiunta del diritto alla cura e del diritto a curare

- Commissione di Studio istituita dal Ministro della Giustizia Carlo Nordio, insediata il 13 aprile 2023 e presieduta dal magistrato Adelchi D'Ippolito, ribadisce la necessità di limitare la responsabilità penale ai soli casi di colpa grave, sottolineando due elementi:
 - ✓ la complessità strutturale delle linee guida e la difficoltà della loro produzione;
 - ✓ l'eccesso di denunce contro i medici, che si traducono in condanna solo nel 5% dei casi, ma generano costi economici, esposizione mediatica e un grave danno reputazionale.

Il lavoro della Commissione culmina nel...

Il filo rosso delle riforme: la tutela congiunta del diritto alla cura e del diritto a curare

- Disegno di Legge in materia di riforma delle professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale, approvato dal Consiglio dei Ministri il 4 settembre 2025, ora all'esame della XII Commissione (Affari Sociali) della Camera dei Deputati (AC2700) con l'obiettivo di:
 - ✓ rendere *strutturale e permanente* la limitazione della responsabilità penale per gli esercenti le professioni sanitarie ai soli casi di colpa grave;
 - ✓ confermare la distinzione tra la responsabilità contrattuale della struttura e la responsabilità extracontrattuale del professionista;
 - ✓ imporre al giudice una valutazione "contestualizzata" della condotta ovvero attraverso l'analisi delle risorse umane e materiali disponibili, delle carenze organizzative, della complessità della patologia o della prestazione clinica, della mancanza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche, delle condizioni di urgenza – emergenza (nuovo articolo 590 septies).

Respinte le proposte che avrebbero spostato il baricentro della responsabilità direttamente sul medico, come l'emendamento Biancofiore 69.0.25 alla Manovra di Bilancio 2026, dichiarato inammissibile.

Il filo rosso delle riforme: la tutela congiunta del diritto alla cura e del diritto a curare

- Decreto-Legge 24 febbraio 2026, n. 23, convertito in Legge 24 aprile 2026, n. 54 (“decreto sicurezza”), modifica l’art. 335 c.p.p., eliminando l’iscrizione automatica nel registro degli indagati in presenza di fatti non codificati e sostituendola con una annotazione preliminare in modello separato. L’obiettivo: evitare che un atto di garanzia si trasformi, mediaticamente, in una condanna anticipata.

Sostenuto da
Anaa

Tutto questo compone un quadro coerente ovvero un sistema che vuole rafforzare la sicurezza delle cure, tutelare il paziente e, allo stesso tempo riconoscere la specificità della professione sanitaria, la complessità del contesto in cui opera, il valore sociale che porta con sé.

Il quadro normativo conosce un passaggio decisivo...

Marzo 2024 - Decreto Ministeriale 15 dicembre 2023 n. 232

Recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie:

- Massimali minimi obbligatori differenziati per tipologia e profilo specialistico
- Modello claims made regolato con retroattività obbligatoria 10 anni / Ultrattività 10 anni
- Diritto di recesso/variazione, adeguamento basato sui sinistri
- Pubblicazione delle coperture, trasparenza
- Auto-ritenzione del rischio con fondo dedicato (riserve, rendicontazione e competenze specialistiche)

Quadro di operatività uniforme e vincolante

Trasparenza come leva di fiducia e responsabilità

Retroattività e ultrattività decennale, che tutela sia il professionista sia il paziente

Auto-ritenzione come scelta sempre più diffusa, ma potenzialmente dannosa

Oltre l'adempimento normativo...

Il valore culturale del decreto ovvero **la traduzione operativa del principio etico che attraversa le Legge 24**, che *nasce per proteggere il paziente e il professionista non per contrapporli*

... cambio di paradigma...

- Responsabilità organizzativa come cardine del sistema
- Tutela integrata di paziente e professionista attraverso la gestione del rischio e la qualità dei sistemi
- Applicazione uniforme su tutto il territorio nazionale attraverso strumenti chiari e verificabili

Dinamiche del mercato assicurativo secondo IVASS (2026)

Il Bollettino Ivass pubblicato nel 2026 ci restituisce una fotografia del mercato assicurativo che merita attenzione. Il settore mostra una certa tenuta, ma convivono segnali di equilibrio e tensioni crescenti:

- aumentano i costi dei sinistri e le liquidazioni restano lente;
- le strutture pubbliche si orientano sempre più verso forme di auto-gestione del rischio;
- gli accantonamenti interni superano ormai i premi assicurativi versati, e il numero di strutture effettivamente assicurate si riduce.

È una trasformazione profonda, destinata a proseguire, che ridisegna i confini del mercato e apre interrogativi sul ruolo futuro delle compagnie in un settore dove il rischio è sempre più difficile da prevedere e da governare.

La sostenibilità del sistema...un equilibrio da attenzionare

Sostenibilità economica, sostenibilità organizzativa e culturale.
Ruolo futuro delle compagnie in un mercato che si restringe

Serve un nuovo equilibrio tra copertura assicurativa, gestione interna del rischio e capacità delle strutture di dotarsi di competenze adeguate

Costruire un modello di tutela che sia davvero sostenibile e che metta al centro la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle cure, attraverso un lavoro in team fatto da istituzioni, strutture, assicuratori, professionisti

La prospettiva futura

*una governance consapevole che porti risultati tangibili.
Una qualità che passi attraverso una cultura organizzativa, un dialogo costruttivo tra le parti interessate*

Il nuovo perimetro della rivalsa sanitaria, l'interpretazione lombarda tra Legge Gelli e Legge Foti

- Con la piena operatività della Legge Gelli si apre una fase nuova segnata dall'ingresso, sulla scena normativa, **della Legge 7 gennaio 2026, n.1**, cosiddetta «**riforma Foti**», che ridefinisce la responsabilità amministrativa dell'intera pubblica amministrazione, introducendo criteri e limiti innovativi, destinati a incidere anche sul settore sanitario.
- Il nodo interpretativo è immediato: stabilire se ai professionisti sanitari continui ad applicarsi la disciplina prevista della Legge Gelli o **se debba prevalere la nuova cornice generale delineata dalla Legge Foti**, in parte più favorevole e costruita su un diverso equilibrio tra tutela dell'erario e protezione della funzione pubblica.
- Un primo e significativo indirizzo applicativo è già arrivato dalla Corte dei Conti Lombardia (**pronuncia del 13 aprile 2026**) che ha esteso al settore sanitario il nuovo limite al danno erariale introdotto dalla riforma Foti: *il tetto del 30% del danno accertato e comunque entro il duplum della retribuzione lorda annua ha natura generale e prevale sul limite più elevato previsto dalla Gelli-Bianco*. In questo assetto interpretativo l'esposizione economica del sanitario viene limitata a soglie più ragionevoli e uniformi. Pur non essendo ancora un orientamento definitivo, questo rappresenta **la prima applicazione della riforma Foti e indica la possibile direzione evolutiva.**

Pluralità di tribunali

Multiple responsabilità

Difesa frammentata
pressione psicologica
sproporzionata

- più tribunali e procedimenti paralleli;
- **responsabilità ordinistica e disciplinare** sono spesso oscurate dal contenzioso civile, amministrativo e dal penale molto più dibattuti;
- **le sanzioni ordinistiche derivano dalla violazione del Codice Deontologico** ovvero dei principi etici che regolano la professione medica → Non punisce il risultato clinico ma giudica la qualità etica della professione;
- **la responsabilità disciplinare della Dirigenza Sanitaria è attinente alla violazione degli obblighi di comportamento** esplicitati nel CCNL nel rispetto dei principi e delle norme legislative del Decreto Legislativo del 30/03/2001 n 165



Rapporto tra procedimento disciplinare e procedimento penale

Principio : «autonomia dei giudizi»

Il procedimento penale e quello disciplinare proseguono contemporaneamente e per vie parallele



Autonomia dei giudizi

Il rapporto tra i due procedimenti, originariamente improntato sulla regola della “pregiudiziale penale” (art. 117 del D.P.R. n. 3/1957), è stato modificato con l’introduzione – ad opera del D. Lgs. 150/2009, c.d. riforma Brunetta – dell’art. 55 *ter* nel T.U. pubblico impiego (a sua volta novellato dal D. Lgs. 75/2017 e per ultimo dalla Legge 69/2025).

~~la Pubblica Amministrazione non poteva avviare il procedimento disciplinare se per il fatto addebitato all’impiegato fosse stata avviata l’azione penale e, ove tale procedimento avesse già avuto inizio, avrebbe dovuto essere immediatamente sospeso~~

Principio dell'autonomia fra i giudizi

riassunta dalla formula

“Il procedimento disciplinare, che abbia ad oggetto, in tutto o in parte, fatti in relazione ai quali procede l'autorità giudiziaria, è proseguito e concluso anche in pendenza del procedimento penale” (art. 55 ter, comma 1 T.U. pubblico impiego).

- La linea tracciata è quella della intransigenza, per cui avuta conoscenza della notizia di reato..

..l'amministrazione può subito attivarsi sul piano disciplinare, in quanto la necessità di ripristinare la fiducia dei cittadini verso le istituzioni viene – in una logica di bilanciamento degli interessi – ritenuta prevalente rispetto alla presunzione di non colpevolezza del lavoratore imputato

In tema di pubblico impiego...

«L'assoluzione penale ...non preclude la legittimità del licenziamento per giusta causa irrogato al dipendente a cui è contestata in sede disciplinare la violazione di obblighi desumibili dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici ..»

Cass. Civ., Sez. Lavoro, ordinanza 15/07/2019, n. 18883

La responsabilità penale si occupa di reati e di pene conseguenti...

«nullum crimen e nulla poena sine lege» ... ovvero nessuno può essere punito per un fatto che non sia espressamente previsto come reato da una legge preesistente e neanche con pene che non siano da essa stabilite

*La responsabilità disciplinare dell'Azienda nei confronti del professionista invece si occupa di **violazione di specifici obblighi e con essi dei più generali «doveri di diligenza e buona fede»***

Il procedimento disciplinare può essere sospeso, ripreso o riaperto mediante rinnovo della contestazione dell'addebito

Conclusioni

- Pur disponendo oggi di un impianto normativo maturo, la responsabilità professionale rimane ancorata a un modello che non valorizza pienamente la dimensione sistemica degli eventi avversi né la complessità organizzativa entro cui si sviluppano i percorsi di cura e non se ne registra una diffusione omogenea su territorio nazionale, mancando una vera REGIA che dia risultati tangibili.
- Il sistema attuale richiede un deciso superamento della cultura della colpa e della molteplicità di giudizi che oggi gravano sull'agire professionale del medico, generando incertezza.
- Le riforme oggi discusse rappresentano un primo passo, ma il confronto con i modelli europei e internazionali basati su sistemi no-fault mostra quanto sia ancora ampio il margine di evoluzione.
- Riportare al centro il giudizio clinico, la qualità dei percorsi assistenziali, la relazione di cura e la capacità dei sistemi sanitari di apprendere dagli errori come leva di miglioramento continuo siano autentico cambio di paradigma.
- La RESPONSABILITA' DI SISTEMA non sia un ostacolo, rinunciare a perseguirla significa accettare l'improvvisazione e l'incoscienza come prassi, mentre rafforzarla coerentemente e concretamente significa tutelare insieme professionisti e cittadini e con essi il bene più prezioso: la salute.

«Curare non è solo guarire un corpo, ma custodire la vita nel momento della fragilità, dove la medicina diventa il linguaggio universale della compassione»

Frase tradizionalmente attribuita a Viridimura, prima medica e chirurga Italiana, vissuta in Sicilia nel XIV secolo e appartenente alla comunità ebraica di Catania

Grazie