

THMR

STUDIO LEGALE ASSOCIATO
Taurini Hazan Martini Rodolfi

**ALLEANZA, CURA DELLA
COMUNICAZIONE E COOPERAZIONE:
COME PROVARE A RIDURRE I COSTI
(UMANI ED ECONOMICI) DEL
CONTENZIOSO**

Avv. Maurizio Hazan

Roma, 25 marzo 2026



CONVEGNO NAZIONALE
ANAAO ASSOMED/
MORGANTI INSURANCE BROKERS



IL PROFESSIONISTA
SANITARIO LA SECONDA VITTIMA
ALL'INTERNO
DEL CONTENZIOSO



**John Taylor: una
vicenda esemplare!**



**“una rara combinazione fra un uomo di seria scienza e un ciarlatano nella
pratica quotidiana”.**



Nel corso degli anni qualcosa è cambiato profondamente. La medicina si è fatta più complessa, più tecnologica, più esposta al controllo. Le aspettative del paziente sono cresciute; il linguaggio dei diritti si è rafforzato. Tutto questo è stato, in larga parte, un progresso.

1

Il Medico Alleato

Figura sacrale, presidio di sapere e affidamento, *genius loci* della relazione terapeutica

2

La Degenerazione

Possibile bersaglio della delusione del paziente, terminale accusatorio, centro di imputazione del fallimento

3

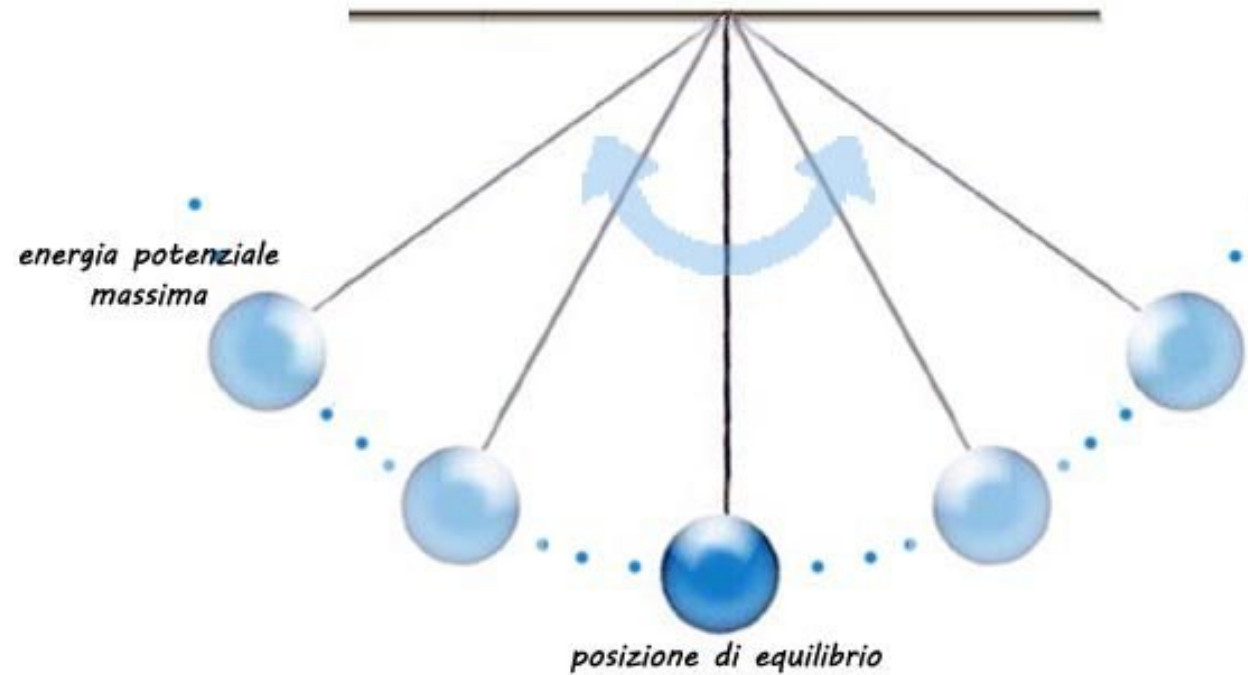
La Sfida Oggi

Ricostruire equilibrio tra responsabilità, fiducia e sostenibilità del sistema di cura

Cass., sez. III, sent. 16 ottobre 2007, n. 21619

«mutazione genetica della figura del professionista, un tempo *genius loci* ottocentesco, oggi ambita preda risarcitoria».

L'ESIGENZA DI RIPORTARE IN ASSE LA RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE



Ci si era spinti troppo in là.....

Il contenzioso infligge una sofferenza che incide sulla persona, sul lavoro, sulla serenità decisionale, talvolta persino sul desiderio di continuare o esercitare con slancio la professione.



Costo Emotivo

Senso di fallimento interiore, ansia, perdita di serenità decisionale



Costo Reputazionale

Stigma mediatico anticipato, difficilmente rimediabile anche dopo esito favorevole



Costo Identitario

Precarizzazione dell'identità professionale messo in discussione dalla vocazione

COSTI UMANI, PRIMA CHE ECONOMICI, DEL CONTENZIOSO

Anche se vinta, una causa lascia strascichi...

- Il sanitario sottoposto ad accusa non si sente soltanto contestato. Si sente smentito nella sua missione. Il sospetto di aver nuociuto là dove si era chiamati a curare, la paura di essere giudicato da chi non conosce la concretezza della decisione clinica, costituiscono un peso che va ben oltre la difesa tecnica.

Più intensa è la coscienza professionale, più profonda è la ferita inferta dal contenzioso.



- **Tasso di assoluzione:** Studi e report evidenziano che il 97% delle cause penali si conclude con un "nulla di fatto" (archiviazione o assoluzione). Dati meno recenti (2013) indicavano addirittura il 99,5% di assoluzioni in determinati contesti di analisi, con soli 2 casi di condanna su 357 procedimenti esaminati.
- **Volimi delle denunce:** Le denunce sono in aumento, con stime che arrivano a contare circa 30-35 mila denunce all'anno, generando un elevato numero di contenziosi pendenti (circa 15 mila).

COSTI UMANI, PRIMA CHE ECONOMICI, DEL CONTENZIOSO

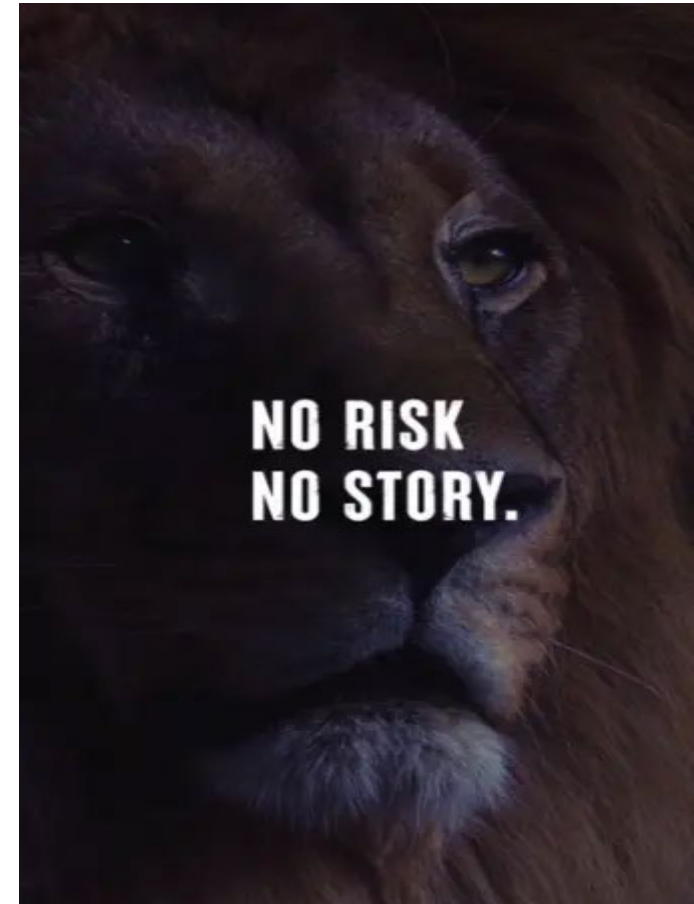
- *Un medico su 3 ha ricevuto una denuncia.*
- *Di tipo penale nel 43,6% dei casi, civile nel 30,8% e addirittura di entrambe le tipologie nel 25,6%.*
- *Ed è la chirurgia ad essere nel mirino della magistratura con oltre l'82% dei casi segnalati.*
- *I più colpiti sono gli uomini over 55 anni che lavorano in ospedali con meno di 500 posti letto. Si vive un clima di caccia alle streghe al punto che almeno 1 camice bianco su 3 pensa di licenziarsi e il 47% rinuncia a ruoli di maggiore responsabilità.*
- *Questi i dati che emergono dalla survey condotta dal Centro Studi dell'Anaa Assomed su un campione rappresentativo di camici bianchi equamente distribuito tra uomini e donne in età compresa tra i 25 e 65 anni con una anzianità di servizio che va dall'ingresso alla pensione.*
- *Rispetto ai procedimenti giudiziari conclusi, solo il 3% circa si è risolto con una condanna. Ma a che prezzo? L'imbocco del tunnel di un processo civile e penale costituisce una penosa esperienza professionale e umana nella quale si passa, grazie anche a una disinvoltata pressione mediatica, da indagato a imputato a condannato, prima ancora che il processo sia iniziato. La maggioranza dei casi si conclude con l'assoluzione. Oggi i profili di responsabilità professionale si muovono lungo il sentiero angusto delineato dell'intersecarsi di 4 codici (deontologico, disciplinare, civile e penale), senza che sia chiaro il primato di ciascuno e le relazioni tra di loro.*

IL «RISCHIO» COME **VALORE**

- IL RISCHIO COME **MATRICE ESPERIENZIALE**
- L'ASSUNZIONE DEL RISCHIO (RESPONSABILE) COME **CATEGORIA MORALE**
- **RISCHIO E ASSICURAZIONE**

L'assunzione responsabile del rischio è la via per trasformare pericoli latenti in esperienze utili.

Dalla responsabilità sanitaria alla sanità responsabile



LA LEGGE N. 24/2017 E LO SPOSTAMENTO DEL BARICENTRO


La Legge nasce anche per contrastare la medicina difensiva: non soltanto un problema economico, ma un sintomo sistemico di una medicina che, temendo l'accusa, modifica se stessa.

La rivoluzione culturale	Spostamento del baricentro	Una responsabilità calibrata
<p>La sicurezza delle cure si realizza mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio.</p> <p>L'evento avverso non è letto solo come possibile colpa individuale, ma ricondotto a un contesto organizzativo e sistemico.</p>	<p>Per questa ragione la legge Gelli ha spostato il baricentro della responsabilità civile verso la struttura, soprattutto per gli esercenti che operano al suo interno, distinguendo la responsabilità contrattuale della struttura da quella extracontrattuale dell'esercente la professione sanitaria, salvo l'obbligazione assunta direttamente con il paziente.</p>	<p>Non per deresponsabilizzare il medico, ma per non farne l'unico destinatario di una responsabilità che nasce spesso dall'intreccio tra decisioni cliniche, risorse disponibili, protocolli, organizzazione, assetti tecnologici, formazione, comunicazione interna.</p>

IL PRINCIPIO DI FONDO: «LA SICUREZZA, COME DOVERE E COME DIRITTO»

Art. 1 Legge Gelli
Sicurezza delle cure in sanità

1. La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.
3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.



SICUREZZA
RISCHIO
SOLIDARIETA'

LEGGE 24/2017: DALLA RESPONSABILITA' SANITARIA ALLA SANITA' RESPONSABILE

L. 24/2017 (Gelli-Bianco): “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”

➔ Un cambiamento di paradigma:

Dalla REATTIVITÀ



alla PROATTIVITA'

- SICUREZZA DELLE CURE, GESTIONE E PREVENZIONE DEL RISCHIO
- SERENITA' D'AZIONE DEL MEDICO, IN UN AMBIENTE PROTETTO E SENZA TIMORI DI RITORSIONI
- SICUREZZA DEL PAZIENTE E SUA TUTELA RISARCITORIA
- OBBLIGO ASSICURATIVO A PROTEZIONE DI INTERESSI CONVERGENTI (PROFESSIONISTI E PAZIENTI)



**I DIVERSI PROFILI DI
RESPONSABILITA' (E LA
DIFFERENTE ASSICURABILITA')
DEI PROFESSIONISTI
«STRUTTURATI», DELLE
STRUTTURE E DEI LIBERI
PROFESSIONISTI.**



**GUIDA IL RAPPORTO
CONTRATTUALE CON I PAZIENTI**

LA POSIZIONE «PRIVILEGIATA» DELL' AUSILIARIO DI STRUTTURA:



- **RESPONSABILITA' EXTRACONTRATTUALE VERSO TERZI;**
- **REGIME DELLA RIVALSA IN CASO DI COLPA GRAVE;**
- **DIRITTO AD ESSERE «COPERTO» DALLA STRUTTURA.**

DDL 4 settembre 2025: MODIFICA DELL'ART. 5 e 7 DELLA LEGGE 24/2017. L'AUSILIARIO DI STRUTTURA E LE «CARENZE ORGANIZZATIVE»

Alla legge 8 marzo 2017, n. 24, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 5, comma 1, l'ultimo periodo è sostituito dal seguente: «Gli esercenti le professioni sanitarie si attengono altresì alle **buone pratiche clinico-assistenziali**, salve comunque le specificità del caso concreto.»;

b) all'articolo 7:.....

3) dopo il comma 3, è inserito il seguente:

UNO
SGUARDO
AL
FUTURO..



«3-bis. Fermo quanto previsto dall'articolo 2236 del codice civile, nell'accertamento della colpa, o del grado di essa, nell'operato dell'esercente l'attività sanitaria si tiene conto anche della scarsità delle risorse umane e materiali disponibili, nonché delle eventuali carenze organizzative, quando la scarsità e le carenze non sono evitabili da parte dell'esercente l'attività sanitaria, della mancanza, limitatezza o contraddittorietà delle conoscenze scientifiche sulla patologia o sulla terapia, della concreta disponibilità di terapie adeguate, della complessità della patologia o della concreta difficoltà dell'attività sanitaria, dello specifico ruolo svolto in caso di cooperazione multidisciplinare, nonché della presenza di situazioni di urgenza o emergenza.»;

IL cd «EMENDAMENTO BIANCOFIORE»

L'emendamento n. 69.025 alla Manovra 2026 (cd. "emendamento Biancofiore") proponeva di attribuire a tutti gli esercenti una professione sanitaria la *"responsabilità principale...a titolo di responsabilità contrattuale"* *"anche nei casi in cui la punibilità è esclusa per imperizia"*, lasciando alla struttura sanitaria o sociosanitaria soltanto la *"responsabilità sussidiaria...esclusivamente nei casi in cui non abbia assicurato un'adeguata organizzazione del servizio sanitario e assistenziale, non abbia fornito al personale sanitario gli strumenti, dispositivi e attrezzature idonei allo svolgimento delle attività, o non sia in possesso delle autorizzazioni sanitarie all'esercizio dell'attività"*.


IL LIMITE DA NON VALICARE: IL PERICOLO DELL'EFFETTO «TRAVASO»

- **Proteggere il medico non può significare trasformare la struttura in un garante automatico di ogni esito avverso. Il problema è creare un assetto sostenibile di alleanze, in cui ciascuno sia protetto e responsabilizzato nella misura giusta.**
- **Se la struttura diventa il bancomat universale del danno sanitario, il sistema si squilibra altrove; si alimentano costi insostenibili; si producono nuove ingiustizie; **si coltiva una forma surrettizia di responsabilità oggettiva che non giova, alla lunga, né al paziente, né al medico, né al sistema.****
- **Un esempio per tutti: il tema delle infezioni nosocomiali e la presa di posizione della Cassazione (Cass. Civ., Sez. III, n. 6386/2023, relatore Giacomo Travaglino).**

**QUANDO LA
STRUTTURA SI FA
BERSAGLIO
AGEVOLATO**



**IL CONTENZIOSO
NON DIMINUISCE,
ANZI: SI LIMITA A
CAMBIARE ASSETTO**



**IL PAZIENTE INSODDISFATTO NON
SEMPRE DISTINGUE: IL TERMINALE
DELLA SUA FRUSTRAZIONE RESTA
L'OPERATORE SANITARIO**

I NUMERI DELLE AGGRESSIONI

18.000

Aggressioni nel 2025

23.000+

Operatori Coinvolti

Aggressioni a operatori sanitari e sociosanitari registrate nel 2025 (dati Ministero della Salute)

Operatori sanitari coinvolti in episodi di violenza nel medesimo periodo

Non si tratta di una suggestione giornalistica. Questi numeri descrivono non solo episodi singoli di violenza, ma un **deterioramento del clima relazionale** che circonda la cura. Il medico seconda vittima del contenzioso è spesso anche il professionista esposto a una società che fatica ad accettare il limite, l'attesa, la complessità, la fallibilità delle organizzazioni umane.

1. L'Azienda e Ente è tenuta a garantire la sicurezza del lavoratore nel luogo di lavoro attuando tutte le iniziative più opportune per la tutela dello stesso.

2. L'Azienda e Ente nell'ipotesi di aggressione nei confronti del personale dipendente ad opera di terzi, assume ogni onere di difesa per tutti i gradi del giudizio - ivi inclusi gli oneri relativi ai consulenti tecnici e alle fasi preliminari, ove propedeutiche e necessarie per le successive fasi del giudizio - facendo assistere il dipendente da un legale, previa comunicazione all'interessato per il relativo assenso. Il dipendente può individuare un legale o un consulente tecnico diversi, proponendoli all'azienda o ente, che decide in merito.

3. L'Azienda, nei casi previsti al comma 2, può costituirsi parte civile.

4. Nell'ipotesi di aggressione l'Azienda può prevedere per il personale dipendente un supporto psicologico ove richiesto dal dipendente.

5. L'Azienda o Ente per l'applicazione del presente articolo può prevedere la copertura del rischio mediante specifica polizza assicurativa o altre analoghe misure.

**QUANDO LA
STRUTTURA SI FA
BERSAGLIO
AGEVOLATO**



CONTENZIOSO TRA PAZIENTE E STRUTTURA

**POTENZIALE CONTENZIOSO TRA STRUTTURA E
MEDICO PER IL RECUPERO, IN VIA DI RIVALSA E IN
CASO DI COLPA GRAVE, DI QUANTO PAGATO AL
TERZO DANNEGGIATO (ART 9 L. 24/17)**

ART. 9 LEGGE 08.03.2017 N. 24

1. L'AZIONE DI RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA (DOPO LA LEGGE FOTI)

2. L'AZIONE DI RIVALSA

Nuovo scudo erariale benefici in dubbio per i medici delle Asl

Ora che la riforma **della Corte dei conti** è legge (**L. 7 gennaio 2026, n. 1**), emergono i nodi interpretativi che pone il testo, non sempre felicemente coordinato.

Il tema più caldo e già da tempo controverso è lo “scudo erariale”:

- la riforma **riscrive la definizione di colpa grave**,
- rende **più stringente la prescrizione**,
- **circoscrive al dolo la responsabilità da conclusione di accordi di conciliazione** e – soprattutto
- **introduce una nuova drastica limitazione della responsabilità erariale di (tutti) i dipendenti pubblici** assoggettati al potere decisionale della Corte dei conti.

Non è chiaro se la limitazione valga anche per i medici pubblici, finora soggetti a regole differenti.

La riforma modifica sensibilmente la legge 20/1994 e ha un perimetro soggettivo volutamente ampio: «chiunque assuma un incarico che comporti la gestione di risorse pubbliche», con conseguente giurisdizione della Corte dei conti.

Nuovo scudo erariale benefici in dubbio per i medici delle Asl

Con il nuovo comma 1-octies dell'articolo 1 della legge 20/1994, quella facoltà diventa un obbligo prequantificato nel minimo (salvi i casi di dolo o arricchimento illecito del responsabile): *«la Corte dei conti esercita il potere di riduzione ponendo a carico del responsabile il danno o il valore perduto per un **importo non superiore al 30% del pregiudizio accertato e, comunque, non superiore al doppio della retribuzione lorda conseguita nell'anno di inizio della condotta lesiva causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, ovvero non superiore al doppio del corrispettivo o dell'indennità percepiti per il servizio** reso all'amministrazione o per la funzione o l'ufficio svolti, che hanno causato il pregiudizio. (...)».*

Così nella larga maggioranza dei casi il potere riduttivo sarà esercitabile solo – in via di ulteriore riduzione – sotto il 30% del danno ascrivibile al responsabile, fermo restando il limite del doppio della Ral. Un gran bello “sconto” rispetto al passato, sulla cui opportunità il Consiglio di Stato (e molti commentatori della prima ora) molto ha avuto da dire, anche alla luce dei moniti della sentenza 132/2024 della Consulta).

Nuovo scudo erariale benefici in dubbio per i medici delle Asl

Mentre non vi sarebbero problemi a coniugare la legge Gelli con il nuovo obbligo di riduzione (minima del 30% del danno), le diverse soglie di retribuzione (tre annualità) previste dalle due disposizioni (rivalsa erariale e rivalsa civilistica) collidono apertamente.

Possibili problemi di tenuta costituzionale, per **disparità di trattamento**, tra medici pubblici e altri pubblici funzionari (ma anche tra medici pubblici e privati)

IL CONTENZIOSO DI RIMBALZO E IL PARADOSSO DEL C.D. DOPPIO BINARIO



Nel caso in cui un'azienda sanitaria pubblica venga condannata a risarcire un paziente danneggiato in conseguenza dell'errore commesso da un proprio ausiliario, la Pa può agire nei confronti di quest'ultimo per recuperare l'importo risarcito. **E lo può fare sia esercitando l'azione di rivalsa amministrativa (in quanto danno erariale indiretto), sia dando corso alle ordinarie azioni civilistiche di responsabilità, senza che tale concorso di azioni comporti una duplicazione illegittima delle pretese risarcitorie, né una violazione del principio del "ne bis in idem".** È quanto afferma la Cassazione a Sezioni Unite che, nell'ordinanza 17634 del 26 giugno, richiama il proprio precedente orientamento (pronuncia 21992 del 12 ottobre 2020) e conferma la tesi del "doppio binario" giurisdizionale, rilevando incidentalmente che, in tema di responsabilità sanitaria, questa tesi è stata ribadita dall'articolo 9 della legge Gelli (24/2017). Attenzione però: il doppio binario non può condurre a cumulare i risarcimenti, per cui se il danno viene ristorato interamente in una sede non può essere promossa l'altra azione (mentre in caso di ristoro parziale in sede contabile si potrà procedere solo per la differenza in sede civile, e viceversa).

Nuovo scudo erariale E DOPPIO BINARIO: DUBBI DI COMPATIBILITA'

Mantenimento della teoria del doppio binario?

In caso di rivalsa erariale

Se l'ammontare del danno – una volta operata la riduzione al 30% - supera comunque il triplo della retribuzione del sanitario, il problema è neutralizzato. Danno da 900.000 di euro e retribuzione di 90.000 euro: riduzione a 300.000 comunque superiore alla soglia di 270.000, che impegna il medico nell'azione amministrativa

Se invece l'ammontare del danno, operando la riduzione al 30%, scende sotto il limite del triplo della retribuzione, l'esposizione del sanitario si ridurrebbe. Danno da 900.000 di euro e retribuzione di 300.000 euro: riduzione a 300.000 di gran lunga inferiore alla soglia di 900.000, che impegnerebbe il medico nell'azione amministrativa

In caso di rivalsa civilistica

Non è prevista la riduzione dell'addebito e la seconda casistica esporrebbe il medico ad un **(difficilmente comprensibile) aggravio di risarcimento.**

IL DOPPIO BINARIO OBBLIGATORIO? QUALE TRANQUILLITA' PER GLI ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA?

Resta da capire, tuttavia, come coordinare una siffatta copertura assicurativa con la persistente vigenza del principio di matrice giurisprudenziale del c.d. «doppio binario», in particolare, qualora dovesse trovare credito in giurisprudenza quanto affermato da **Corte dei Conti, Sez. Reg. Controllo per la Lombardia, n. 286 del 16/9/2025**) secondo cui:

*«a fronte di un danno non integralmente giustiziabile nel processo contabile, sebbene accertato e seppure ascritto alla condotta illecita del dipendente pubblico, **l'amministrazione danneggiata [deve ritenersi] OBBLIGATA (salvo incorrere, in caso di inerzia, in autonoma ipotesi responsabilità amministrativa)** ad adire il giudice ordinario per il recupero, **SECONDO LE REGOLE CIVILISTICHE**, della restante parte nei confronti del soggetto già giudicato responsabile» (così Corte dei Conti, Sez. Reg. Controllo per la Lombardia, n. 286 del 16/9/2025).*

IL CONTENZIOSO DI RIMBALZO

ALTRI ELEMENTI DI CONFLITTO: UNA NORMA MAL RIUSCITA: ART. 13 L. 24/2017

13 Responsabilità professionale del personale sanitario

Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro quarantacinque giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio.

Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione entro quarantacinque giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte. L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

IL CONTENZIOSO DI RIMBALZO

ALTRI ELEMENTI DI CONFLITTO: I PATTI DI MANLEVA

“Le parti si danno atto e riconoscono la piena, diretta responsabilità del Professionista per l’esecuzione a regola d’arte delle prestazioni dedotte in contratto, tanto per dolo, quanto per colpa, anche lieve. Per quanto precede e per quanto occorre, il Medico assume su di sé ogni conseguente responsabilità ed onere, impegnandosi a mantenere indenne e manlevare, anche in caso di colpa lieve, la Casa di Cura da ogni responsabilità nei confronti dei terzi. Al fine di rendere effettiva la manleva di cui sopra, il professionista dovrà comunicare alla Casa di Cura il numero della polizza assicurativa stipulata a copertura della propria attività professionale, a prescindere dall’esistenza e dall’operatività di una polizza stipulata dalla Casa di Cura”

E’ VALIDA UNA CLAUSOLA COME QUESTA?

Si ritiene di no. Il medico solleva la struttura dalla sua responsabilità, circostanza che contrasta:

- con l’art 7 L. 24/2017, svuotandolo di contenuto perché la struttura, nei fatti, si troverebbe in una situazione in cui non risponde (scaricando tutto sul medico nei rapporti interni);
- con art 10 perché è la struttura che deve sollevare il medico dalla colpa lieve (con polizza o autorizzazione) e non il contrario
- con art 9 perché la struttura ha rivalsa per quanto ha pagato al paziente solo se ricorre colpa grave del medico e comunque (se dipendente o p.iva) entro il limite quantitativo.

ALCUNE SOLUZIONI CONCILIATIVE

LA RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA (NEL SETTORE DELLE
STRUTTURE SANITARIE PRIVATE)

POSSIBILI CRITICITA'?



ESSERE «CON» E NON ESSERE «CONTRO»

**LA VIA DELLA «SANITA' RESPONSABILE»
PASSA ATTRAVERSO:**

- **IL RECUPERO DELL'ALLEANZA, NON SOLO TERAPEUTICA.**
- **L'ALLENAMENTO DI ALCUNE TENSIONI «CORPORATIVE»**
- **PREVENIRE LA CRISI PRIMA DEL CONTENZIOSO**





**LA PRIMA ALLEANZA:
MEDICO E PAZIENTE**

La Parola Chiave: Alleanza

Per affrontare seriamente il tema del contenzioso sanitario, occorre muovere da una parola che non ha soltanto un valore etico, ma anche giuridico e organizzativo.



Medico e Paziente

La relazione fiduciaria come primo presidio contro il conflitto



Medico e Struttura

Protezione organizzativa e condivisione del rischio clinico



Struttura e Assicurazione

Stabilizzazione, prevenzione e gestione razionale del sinistro



Sistema nel suo Complesso

Sostenibilità economica e qualità della cura come interesse comune

Il contenzioso mal governato non produce soltanto sentenze. Produce sfiducia, medicina difensiva, incremento dei costi, dispersione di risorse, impoverimento della qualità relazionale. In una parola: una **crisi della cura**.

Art.8 legge 22 dicembre 2017 n. 219

“Il tempo (e il modo) della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo (e modo) di cura”.

Non solo cura della malattia, ma anche della relazione, al momento della crisi .

- **La digitalizzazione dei processi non annichilisce tale principio.** Anzi: lo rinforza. E ne impone, semmai, maggiore rispetto.
 - **Perché l’empatia non è robotica.**
- **Rimane, almeno per ora, virtù umana.** Come la forza straripante di un sorriso, che rincuora.

ESSERE «CON» E NON ESSERE «CONTRO»



Article L1142-4

Code de la santé publique

Toute personne victime ou s'estimant victime d'un dommage imputable à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins ou ses ayants droit, si la personne est décédée, ou, le cas échéant, son représentant légal s'il s'agit d'un mineur, **doit être informée par le professionnel, l'établissement de santé, les services de santé ou l'organisme concerné sur les circonstances et les causes de ce dommage.** Si la victime est un majeur protégé, la personne chargée de la mesure de protection doit également être informée.

Cette information lui est délivrée au plus tard dans les quinze jours suivant la découverte du dommage ou sa demande expresse, **lors d'un entretien** au cours duquel la personne peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix.

Un'informazione incompleta, al pari di una informazione assente, lede pertanto tale diritto del paziente; ed incompleta non può non essere un'informazione che non spieghi le caratteristiche di gravità o di rischio di gravità di quanto riscontrato, e che non segnali la presenza di un'eventuale urgenza in modo specifico e ben percepibile, in considerazione anche delle sue conoscenze scientifiche, dal paziente".

Cass. 19.3.2018, n. 6688

«Nel caso, quindi, il cui un medico effettua un esame diagnostico entrando in diretto contatto con il paziente [...], stilare un referto in termini scientifici sul suo risultato non è adempimento dell'obbligo di informazione, bensì adempimento, nella parte conclusiva, dell'obbligo di effettuazione dell'esame. Non potendosi certo ritenere che [...] l'obbligo di informazione debba investire esclusivamente la sottoposizione a trattamenti terapeutici, in quanto include anche i risultati diagnostici, comprese per logica le correlate conseguenze di essi, **l'informazione in termini non professionalmente criptici bensì adeguati alle conoscenze e allo stato soggettivo del paziente del significato del referto** nonché delle conseguenze che se ne dovrebbero trarre - individuate, logicamente, pure sul piano temporale - in termini ulteriormente diagnostici e/o terapeutici costituisce il presupposto per l'esercizio del diritto di autodeterminazione del soggetto esaminato, id est il presupposto delle sue scelte successive. **Un'informazione incompleta, al pari di una informazione assente, lede pertanto tale diritto del paziente; ed incompleta non può non essere un'informazione che non spieghi le caratteristiche di gravità o di rischio di gravità di quanto riscontrato, e che non segnali la presenza di un'eventuale urgenza in modo specifico e ben percepibile, in considerazione anche delle sue conoscenze scientifiche, dal paziente»**

LA DIGITALIZZAZIONE NON E' UNA SCORCIATOIA

- Pazienti che hanno modificato o interrotto una terapia in base a informazioni trovate online o con l'AI (senza consultare un medico)?

Frequenza	18-34 anni	35-54 anni	>54 anni
Mai	81,9%	77,8%	93,0%
Sì, una volta	8,0%	13,1%	4,8%
Sì, più volte	8,6%	7,3%	2,2%
Sempre	1,5%	1,8%	-

Emerge un **pattern age-related molto importante** che contraddice la percezione di "giovani ribelli".

Gli anziani (>54) sono i più conservatori assoluti: il 93% non modifica mai la terapia, il dato più alto in assoluto.

Non solo: zero anziani modificano "sempre", indicando una totale conformità alle prescrizioni mediche.

I giovani (18-34) e gli adulti (35-54) sono più permeabili all'auto-modifica: solo il 81,9% e 77,8% non modificano. Il dato più sorprendente è che gli adulti (35-54) hanno il picco di modifica "una volta" (13,1%), il doppio dei giovani (8,0%), e il picco di "sempre" (1,8% - il massimo insieme ai giovani).

Questo suggerisce che gli adulti in piena gestione medica personale e familiare sono vulnerabili all'auto-modifica basata su informazioni online.

I giovani hanno il secondo picco di "sempre" (1,5%) indicando una piccola ma presente coorte disposta ad auto-medicarsi ricorrentemente. Gli anziani rappresentano un baluardo di fiducia medica incondizionata - il 93% di non modificazione è il dato più robusto di tutta l'indagine.



**LA SECONDA ALLEANZA:
MEDICO E STRUTTURA**

La Struttura come Luogo di Protezione

La legge Gelli-Bianco ha compreso che chi esercita la professione sanitaria all'interno di contesti etero-organizzati non può essere lasciato solo davanti a rischi che dipendono anche, e talora soprattutto, da fattori di sistema.

→ I Fattori di Sistema

Carenza di personale, turni massacranti, insufficienza di presidi, protocolli incerti, difetti nella circolazione delle informazioni, debolezza del governo del rischio clinico: tutto questo non può essere scaricato retrospettivamente sul singolo operatore.

→ Il Risk Management come Priorità

La sicurezza delle cure non si improvvisa. Va costruita con investimenti, formazione, raccolta dei dati, audit, analisi degli eventi avversi, procedure, adeguata documentazione e flussi informativi coerenti.

→ Il Decreto n. 232/2023

Nel disciplinare i requisiti minimi delle polizze, ha insistito sulla funzione sistemica del governo del rischio e sulla necessità di un rapporto non episodico tra copertura del rischio e sua prevenzione.



**LA TERZA ALLEANZA:
STRUTTURA E ASSICURAZIONE**

Il vestito assicurativo: quando la prevenzione non basta...

**SOCIETÀ DEL RISCHIO e FUNZIONE
SOCIALE DELL'ASSICURAZIONE
(DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE)**

**Ricognizione e
prevenzione dei
rischi**

**Educazione
all'azione
responsabile**

**Protezione
dell'assicurato**

**Sostegno alla presa in
carico di rischi utili**

**Tutela del terzo
danneggiato**

L'assicurazione della responsabilità civile del medico verso il paziente, da un lato, è obbligatoria ex lege, dall'altro, assolve ad una «funzione plurima» di garanzia, tutelando sia il medico-assicurato, che ha diritto di vedersi manlevato dalle pretese risarcitorie del danneggiato, con correlato diritto di regresso verso l'assicuratore qualora le abbia soddisfatte, sia i pazienti-danneggiati dall'attività medica, garantendo loro, entro i limiti del massimale assicurativo, il ristoro dei danni subiti....

La gestione dei sinistri nelle strutture (in tutto o in parte) assicurate: tra azione diretta, patto di gestione della lite, eccezioni opponibili e protocolli di gestione.

Art. 15 DM 232/2023 «Rapporti tra assicuratore e struttura nella gestione del sinistro»

1. Fermo restando quanto previsto all'articolo 8, **i rapporti tra assicuratore e struttura**, nei casi in cui una quota del rischio sia condotta in auto-ritenzione del rischio o di franchigia, sono rimessi ad appositi protocolli di gestione obbligatoriamente stipulati tra le parti ed inseriti in polizza, **volti a disciplinare, in particolare, i criteri e le modalità di gestione coordinata, liquidazione e istruzione del sinistro, nonché di valutazione del danno da risarcire. I protocolli di gestione garantiscono il massimo coordinamento tra l'assicuratore e la struttura, nei processi liquidativi, anche ai fini di una formulazione condivisa dell'offerta, a tutela dei terzi danneggiati e della qualità del servizio complessivamente erogato.**

2. La struttura, in completa o parziale auto-ritenzione del rischio, o con copertura assicurativa, gestisce il sinistro, avvalendosi di un **apposito Comitato Valutazione Sinistri**, proprio o in convezione, previa individuazione del ruolo e delle funzioni con apposito regolamento o atto organizzativo.

MISURE ANALOGHE E DELIBERE MOTIVATA DELL'ALTA DIREZIONE

Titolo Terzo: Requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe

L'articolo 9: prevede le Misure analoghe alle coperture assicurative.

Le strutture sanitarie possono fare ricorso, in alternativa all'assicurazione, alle misure analoghe, ossia «misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera che prevedono **l'assunzione diretta, totale o parziale, del rischio da parte della struttura**».

Questa scelta dovrà risultare da «apposita delibera approvata dai vertici delle strutture sanitarie» che ne dovranno inoltre evidenziare «le modalità di funzionamento eventualmente unitario, (anche per la gestione dei processi di acquisto dei servizi assicurativi), e le motivazioni sottese».

LA TABELLA UNICA NAZIONALE (TUN) E' LEGGE

È stato pubblicato in G.U. (n. 40 del 18.02.2025) il **DPR n. 12 del 13 gennaio 2025**, contenente il «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».

La Tabella Unica Nazionale (T.U.N.) contiene i valori pecuniari da attribuire ai danni non patrimoniali causati dalle cd “macrolesioni” (tali cioè da dar luogo ad invalidità di grave entità, comprese tra dieci e cento punti) derivanti da sinistri stradali e da responsabilità sanitaria.

Il provvedimento, entrato in vigore il 5 marzo 2025, si applica “ai sinistri e agli eventi verificatisi successivamente alla data di entrata in vigore del medesimo decreto”, ex art. 1, comma 18, della Legge n. 124/2017.

CONGRUITA' DELLE POSTE E TIPOLOGIE DI DANNO

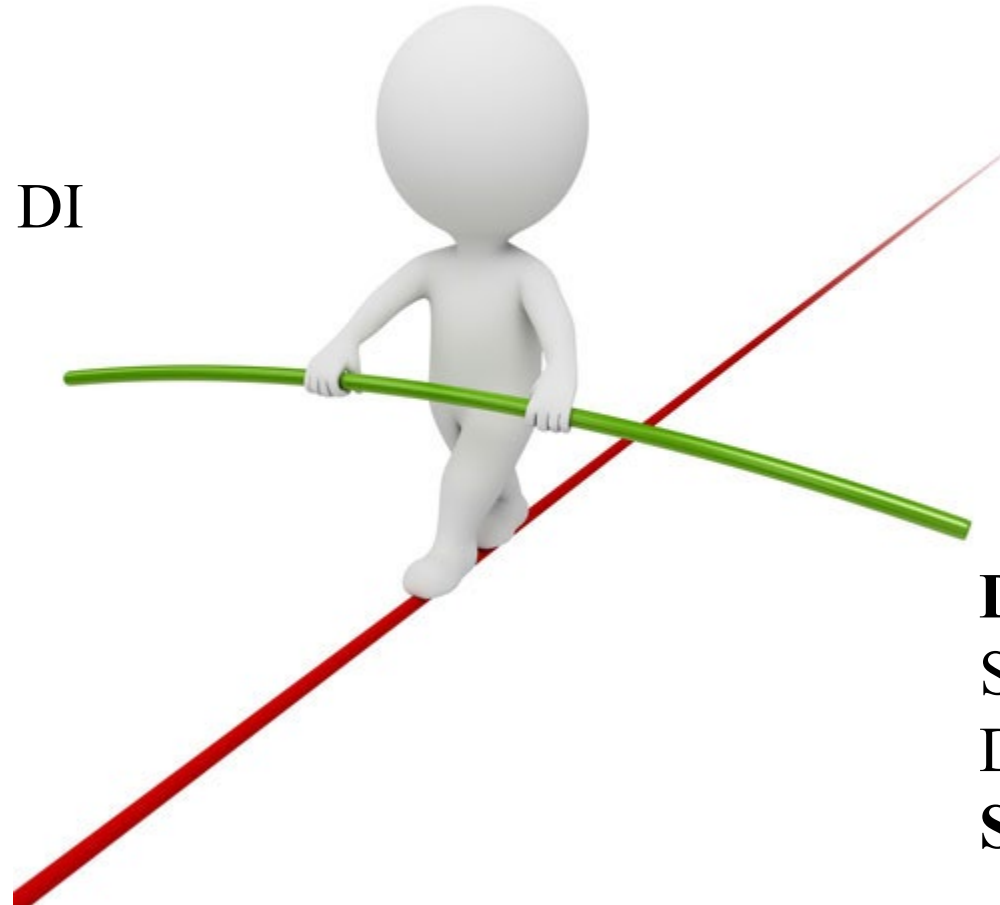
DANNO NON PATRIMONIALE:

- **DANNO BIOLOGICO**
- **DANNO MORALE**
- **DANNO TERMINALE**
- **DANNO DA PERDITA O DA GRAVE LESIONE DEL RAPPORTO PARENTALE**

DANNO PATRIMONIALE:

- **DANNO PATRIMONIALE DA LUCRO CESSANTE (DA RIDUZIONE O PERDITA DELLA CAPACITA' LAVORATIVA)**
- **DANNO PATRIMONIALE DA SPESE DI ASSISTENZA PASSATE E FUTURE (MEDICHE O DOMICILIARI)**
- **LA RENDITA VITALIZIA**

**NON DEFINIRE UN
SINISTRO A FRONTE DI
UN ACCORDO
VANTAGGIOSO**



**DEFINIRE UN
SINISTRO A FRONTE
DI UN ACCORDO
SVANTAGGIOSO**

Nuovo scudo erariale benefici in dubbio per i medici delle Asl

Art. 1, Legge 7 gennaio 2026, n. 1

1. Alla legge 14 gennaio 1994, n. 20, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1:

[...]

2) il comma 1.1 è sostituito dal seguente:

«1.1. La responsabilità è limitata ai fatti e alle omissioni commessi con dolo nei seguenti casi:

a) conclusione di accordi di conciliazione nel procedimento di mediazione o in sede giudiziale da parte dei rappresentanti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

b) conclusione di procedimenti di accertamento con adesione, di accordi di mediazione, di conciliazioni giudiziali e di transazioni fiscali in materia tributaria»;

[...]

Art. 10 legge 24 e art. 3 DM 232/2023 «Oggetto della garanzia assicurativa»

- Obbligo di **copertura (anche non assicurativa)** per le strutture sanitarie (art. 10, comma 1, Legge Gelli) e per la responsabilità diretta dei loro ausiliari (e per la RCO)
- Obbligo **assicurativo** per l'esercente attività libero professionale (art. 10, comma 2, Legge Gelli)
- Obbligo **assicurativo** per l'esercente la professione sanitaria in caso di rivalsa per colpa grave (art. 10, comma 3, Legge Gelli) e rivalsa dell'assicuratore ex art. 12.

Maturità del mercato assicurativo e consapevolezza dei medici

Verso una maggiore maturità del mercato assicurativo

Obiettivo	Maggiore maturità del mercato assicurativo sanitario
Criticità attuale	Scarsa chiarezza e rischio di acquisto di polizze inutili
Cosa deve sapere il medico	<ul style="list-style-type: none">- Quali sono i propri obblighi assicurativi- Quali rischi sono realmente da coprire
Rischio principale	Sovra-assicurazione o coperture non necessarie
Cosa serve	<ul style="list-style-type: none">- Trasparenza delle polizze- Allineamento con la normativa- Educazione assicurativa
Messaggio chiave	👉 Non tutte le polizze servono: serve consapevolezza

Corte Costituzionale (sentenza n. 170 del 25.11.2025)

I medici "strutturati", quindi, «non hanno alcun obbligo di assicurazione della propria responsabilità civile verso i pazienti: tale responsabilità deve essere, infatti, coperta - come si è visto - dall'assicurazione (o analoga misura) imposta alla struttura sanitaria per cui operano» (ancora, sentenza n. 182 del 2023). Quanto ai medici che operano come liberi professionisti, invece, la legge lascia fermo l'obbligo di assicurazione, a tutela del cliente, già stabilito da disposizioni previgenti (art. 10, comma 2 della legge n. 24 del 2017); essi, quindi, devono assicurarsi autonomamente.

La questione di legittimità costituzionale sollevata dall'odierno rimettente investe l'assicurazione di cui la struttura sanitaria deve munirsi a copertura della responsabilità extracontrattuale personale degli esercenti la professione sanitaria che operano nell'ambito della struttura stessa (i cosiddetti medici "strutturati"), ai sensi dell'art. 10, comma 1, terzo periodo, in relazione all'art. 7, comma 3, della legge n. 24 del 2017



**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**