

## Prime applicazioni della nuova disciplina in materia di rivalsa a seguito di colpa medica

Fernanda Fraioli, 20 aprile 2026

---

*Gentile Direttore*, il fisiologico susseguirsi di leggi nel tempo, pone inequivocabilmente, incognite in merito alla loro applicabilità ai casi che disciplinano.

Nello specifico i giudici, a fronte della legge Gelli-Bianco, che ha notoriamente ridisegnato la responsabilità sanitaria nel nostro Paese cercando di bilanciare la tutela del paziente con quella del sanitario, si trovano ora a dover individuare la normativa applicabile nei casi di comportamenti dannosi per l'erario per il rischio connesso di cancellazione pressoché totale delle azioni di rivalsa esperibili a seguito di colpa medica.

Giuridicamente il quesito si porrebbe in termini di applicazione della *lex specialis priori* o della *lex posterior generali*.

Cioè, con riferimento all'ammontare della sanzione da applicare al soggetto riconosciuto responsabile del danno alle casse pubbliche sanitarie, i casi di *malpracties medica* (e non solo) devono continuare ad essere disciplinati dalla normativa specifica per il settore, perché specifica ed antecedente, o si deve applicare quella successiva, perché successiva, generale e, soprattutto, più favorevole?

Il problema è sorto a distanza di quasi dieci anni dall'entrata in vigore della legge Gelli-Bianco, apposta per le professioni sanitarie che, tra le altre, ha previsto un tetto all'importo della rivalsa che non può superare una somma pari al triplo del valore della retribuzione lorda annua del sanitario.

In data 22 gennaio 2026, invece, è stata pubblicata la legge n. 1/2026 che riforma la responsabilità amministrativa e le funzioni della Corte dei conti che, a proposito di tetto al risarcimento del danno erariale individua, quale ammontare massimo, il 30% della cifra accertata quale pregiudizio causato o, in alternativa, due annualità di retribuzione lorda.

Ciò ha ovviamente causato un cortocircuito e, nell'assenza totale di indicazione da parte del legislatore in merito, i giudici hanno dovuto farsi carico di sciogliere la riserva per disciplinare i casi caduti sotto la loro lente.

Anche altro aspetto della norma ha sollevato dubbi in merito alla sua fondatezza come ad es., quella relativa alla novellata definizione di colpa grave se debba ritenersi limitata alle ipotesi di condotte poste in essere nell'esercizio dell'attività amministrativa procedimentale e provvedimento, o comunque non abbia previsto nella definizione della colpa grave, con riferimento ad attività materiali poste in essere da esercenti la professione sanitaria, le ipotesi di condotte concretizzatesi in violazione delle linee guida e prassi professionali vigenti e/o poste in essere in spregio dei canoni di prudenza, perizia, diligenza, cautela.

In merito, una delle prime pronunce di una delle Sezioni giurisdizionali regionali della Corte dei conti, ritenendo la questione rilevante e non manifestamente infondata, ha sollevato questione di legittimità costituzionale, ancora pendente davanti al giudice delle leggi.

Medio tempore, con riferimento all'argomento dell'ammontare della sanzione, o meglio del tetto massimo, da applicare in caso di *malpractices* medica, altre Sezioni si sono pronunciate, affermando il seguente principio di diritto.

L'importo individuato quale danno erariale è stato rideterminato alla luce del sopravvenuto articolo della nuova legge in materia amministrativo-contabile, che impone una riduzione dell'addebito, obbligatoria nei limiti del c.d. "doppio tetto" (30% del danno accertato e comunque non oltre il doppio della retribuzione lorda percepita dal convenuto all'inizio della condotta dannosa).

In una delle specifiche fattispecie esaminate (con riferimento alla scelta di tentare un parto operativo con ventosa e, quindi, di procrastinare il parto cesareo), il danno quantificato in € 100.000 patito dalla Azienda Sanitaria a fronte del pagamento del sinistro, in via transattiva/assicurativa, è stato determinato nel 70% a carico di un medico e del restante 30% a carico di un altro medico che ha optato per il differente rito abbreviato per definire il contenzioso.

Tale criterio è stato ritenuto dai giudici prevalente, necessariamente, in base ad una lettura costituzionalmente orientata in punto di ragionevolezza, sul più alto importo fissato dalla legge Gelli n.24 del 2017 (art.9) per i medici pubblici, pari al triplo della retribuzione lorda annua.

Ricordando, al contempo che questo tetto, nato a tutela dei sanitari per prevenire la "medicina difensiva" e la "paura del bisturi", nacque in epoca in cui le condanne dei sanitari, e di qualsiasi dipendente pubblico, non avevano limiti.

Essendo stato oggi però fissato, in via generale e senza eccezioni settoriali, un tetto più basso, lo stesso va logicamente applicato anche ai sanitari, a pena di incostituzionalità dell'art.9, l. n.24 del 2017, ancorché *lex specialis*.

Ma la lettura costituzionalmente orientata a cui la Sezione pronunciante dichiara di avere aderito, le ha consentito di superare un possibile dubbio di costituzionalità.

Il conteggio così effettuato (ancorato al 30% del danno, essendo inipotizzabile un trattamento retributivo annuo più basso di tale importo quale ulteriore tetto "di chiusura") ha portato il Collegio giudicante ad ascrivere a carico del medico la somma di € 21.000,00 (pari al 30% di € 70.000 porzione di danno inizialmente ad egli riconducibile quale parte della franchigia pagata dall'A.O.), ulteriormente ridotti ad € 15.000,00 già rivalutati tenendo conto, sul piano concausale, di qualche carenza organizzativa che, a norma di consolidata giurisprudenza, deve rimanere in carico all'amministrazione perché responsabilità propria.

È, infatti, appena il caso di ricordare che laddove dalla sequenza dei fatti, la vicenda dovesse essere connaturata da una corresponsabilità della struttura, apposita previsione normativa impone una valutazione dell'eventuale concorso dell'amministrazione danneggiata nella produzione del danno che configurerà una diminuzione di quota parte corrispondente, dall'ammontare della condanna a carico del soggetto responsabile.

Va, infine, evidenziato che detta successione di leggi pone, nello specifico ambito sanitario, anche altri tipi di questioni da risolvere come le sanzioni accessorie, posto che nel caso di

sentenza definitiva di condanna da parte della Corte dei conti, per la generalità dei dipendenti si rischia una sospensione fino a sei mesi dall'incarico e l'apertura della procedura per l'eventuale revoca dello stesso; per i sanitari è previsto un blocco per tre anni di incarichi superiori e un "demerito" nei concorsi (art. 9, comma 6, della legge 24/2017).

O ancora, la stipula di una polizza assicurativa che è obbligatoria per i sanitari, ma per quella introdotta dalla legge 1/2026 se ne parlerà al 1 gennaio del 2027 essendo così stata prorogata dal Decreto Milleproghe, sperando che nel frattempo vengano chiariti i molti punti oscuri della norma a cominciare addirittura dagli stessi destinatari.

E non solo.

Anche la tipologia di condotte attinte dalla novella normativa ha occupato i giudici che si sono pronunciati in merito, ma questa è altra questione e l'affronteremo in un altro intervento.

***Fernanda Fraioli***

*Presidente di Sezione della Corte dei Conti*

*Procuratore regionale per il Piemonte*

Riproduzione riservata ©

***Link della pubblicazione:***

<https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/prime-applicazioni-della-nuova-disciplina-in-materia-di-rivalsa-a-seguito-di-colpa-medica/>