

Responsabilità sanitaria, chi pagherà per le cure sbagliate: cosa cambia da marzo per medici, ospedali e pazienti

Nel 2026 entrano a regime i decreti attuativi della Legge Gelli-Bianco. Maurizio Hazan: «Con le assicurazioni obbligatorie aumentano le tutele e le nuove responsabilità per strutture e vertici» (Fonte: <https://www.corriere.it/> 23 dicembre 2025)



Sette anni dopo l'approvazione della **Legge Gelli-Bianco**, la responsabilità professionale sanitaria smette di essere una promessa incompiuta e diventa, finalmente, sistema. Il **16 marzo 2026** non è una data simbolica: è il momento in cui le regole attuative – quelle che rendono esigibile ciò che il legislatore aveva disegnato nel 2017 – entrano pienamente a regime. Assicurazioni obbligatorie (o strumenti equivalenti), gestione strutturata del rischio clinico, **responsabilità più chiare per strutture, professionisti e vertici aziendali**: la riforma mostra ora il suo volto concreto. Non è solo una questione tecnica o assicurativa. È un passaggio che incide sull'organizzazione delle aziende sanitarie, **sulla serenità professionale dei medici, sulla tutela effettiva dei pazienti** e, in controluce, sulla sostenibilità del Servizio sanitario. Perché, come spiega **Maurizio Hazan**, avvocato e partner dello studio legale THMR, presidente della Fondazione Italia in Salute e tra i massimi esperti di responsabilità sanitaria, «il contenzioso sanitario non è mai solo un problema giudiziario: è un fattore che genera sfiducia, alimenta la medicina difensiva e consuma risorse».

Avvocato Hazan, cosa succede il 16 marzo prossimo?

Scade il termine fissato dal decreto attuativo n. 232 del 15 dicembre 2023: da quel momento il

rischio da responsabilità sanitaria deve essere coperto. In pratica, strutture e professionisti sanitari devono essere dotati di una copertura assicurativa oppure di un sistema alternativo – le cosiddette misure analoghe – correttamente strutturato.

Perché questo passaggio è così decisivo, se la legge risale al 2017?

Perché la Legge Gelli-Bianco ha definito l'architettura del sistema, ma il decreto del 2023 ne ha fissato le regole operative: come devono essere costruite le polizze, quali requisiti servono per restare in autoritenzione. Senza questi dettagli, la riforma restava in parte sulla carta.

Qual è il problema di fondo che la riforma vuole affrontare?

Il contenzioso sanitario genera costi economici e sociali enormi: sfiducia tra medico e paziente, stress professionale e medicina difensiva. Difensiva omissiva, quando si evitano casi complessi; difensiva iper-prescrittiva, quando si moltiplicano esami e procedure per "mettere al sicuro" la cartella clinica. Entrambe pesano sul sistema e sulla qualità delle cure.

Cosa cambia per i medici ospedalieri?

La legge Gelli ha cercato di riequilibrare il sistema (forse meglio: ha dato nuovi assetti al sistema). La struttura sanitaria diventa il primo destinatario delle richieste risarcitorie. Il medico dipendente beneficia di un regime più protetto; tra l'altro la rivalsa della struttura nei suoi confronti è limitata e opera soltanto in caso di dolo o colpa grave, con tetti economici ben definiti. Sul piano della sicurezza delle cure, l'effetto non è immediato né legato alla data del 16 marzo. È il frutto di un processo avviato nel 2017, che sposta il baricentro dalla ricerca del colpevole alla prevenzione del rischio. L'obbligo di copertura e le regole sulle assicurazioni e sull'autoritenzione costringono le strutture a governare meglio il rischio clinico, a investire in procedure, controlli, comunicazione e organizzazione.

E per i pazienti?

Per i pazienti non cambia nulla da un giorno all'altro: non mutano né le cure né il rapporto diretto con il medico. Ma ora devono sapere di avere una tutela certa, che se l'evento avverso si verifica hanno una controparte solvibile, che sia un assicuratore o la stessa struttura sanitaria. Un modello simile all'RC auto, pensato non solo per proteggere chi cura, ma anche – e soprattutto – chi subisce il danno. Nel medio periodo, comunque, questo dovrebbe tradursi in cure "un po' più sicure", in meno conflittualità e una relazione più equilibrata con il sistema sanitario. Non è una garanzia di rischio zero – che non può esistere – ma un tentativo di ricostruire fiducia: perché la sicurezza del medico è anche la sicurezza del paziente, e l'incertezza di chi cura è il primo fattore che mette a rischio chi è curato.

Ma non è che il peso si è semplicemente spostato sulle strutture?

In parte sì, ed è il nodo più delicato della riforma. Proprio per questo il sistema deve poggiare su due pilastri inscindibili: una reale gestione del rischio clinico (sicurezza delle cure) e coperture finanziarie adeguate. L'obiettivo non è redistribuire il contenzioso, ma ridurne l'area complessiva.

Che ruolo hanno le assicurazioni in questo schema?

Un ruolo strutturale. Il modello è simile a quello dell'RC auto: la copertura non serve solo a "proteggere chi sbaglia" ma a incentivare un più sereno e responsabile esercizio dell'attività sanitaria e, soprattutto, a tutelare il paziente, garantendo una controparte solvibile. Le polizze diventano un ingranaggio centrale della tenuta del sistema.

La struttura resta però libera di non assicurarsi...

Sì, grazie alle "misure analoghe" all'assicurazione, che sono forme di autoritenzione del rischio. La struttura dunque può decidere di non assicurarsi, ma deve dimostrare di essere in grado di far fronte ai risarcimenti in modo serio e credibile. Il decreto richiede fondi dedicati a rischi e sinistri, processi di valutazione, competenze tecniche specifiche e verifiche di congruità.

Cosa rischia chi non si adegua entro metà marzo?

Non esistono sanzioni automatiche come per l'RC auto. Tuttavia le conseguenze indirette, e anche reputazionali, sono rilevanti: per le strutture accreditate, ad esempio, possono emergere criticità sull'accreditamento se mancano adeguati requisiti di gestione e prevenzione del rischio.

Perché è importante la responsabilità dei vertici?

Perché la scelta tra assicurazione e autoritenzione deve essere motivata e basata su valutazioni tecniche, non su logiche di risparmio di breve periodo. Se una decisione errata genera un danno economico significativo, i vertici possono essere chiamati a risponderne: nel pubblico anche per danno erariale, nel privato nei confronti della proprietà.