



INDAGINE REALIZZATA IN COLLABORAZIONE CON  
LA XIII SEZIONE DEL TRIBUNALE DI ROMA  
ED ENPAM

# La legge Gelli e l'Accertamento Tecnico Preventivo

*Un primo bilancio sull'accertamento della  
responsabilità sanitaria nel Tribunale di Roma*



## SOMMARIO

La responsabilità sanitaria: un dialogo tra diritto e scienza di <i>Alberto Cisterna</i> .....	5
Per un nuovo dialogo tra paziente e medico di <i>Gian Maria Fara</i> .....	11
Verso il superamento della medicina difensiva di <i>Franco Di Maria e Vincenza Pinò</i> .....	15
Considerazione sulla liquidazione del danno nella responsabilità sanitaria di <i>Luigi Tonino Marsella</i> .....	21
L'indagine. Verso il superamento della medicina difensiva .....	25
Note in tema di Accertamento Tecnico Preventivo nella responsabilità sanitaria di <i>Luca Di Donna</i> .....	71



## LA RESPONSABILITÀ SANITARIA: UN DIALOGO TRA DIRITTO E SCIENZA

L'Accertamento Tecnico Preventivo in materia sanitaria ha, come noto, una propria disciplina e rappresenta, sotto ogni profilo, il nucleo fondante di quello che – sia pure con certa approssimazione – si potrebbe definire il “diritto processuale sanitario”. Ossia il plesso di disposizioni che introducono e regolano la responsabilità sanitaria innanzi alla giurisdizione dopo l'approvazione della legge 24/2017. Un diritto processuale che, nello stesso perimetro della novella del 2017, conosce una disciplina disseminata in varie disposizioni (si pensi solo all'azione di rivalsa, all'azione diretta o alla disciplina della Consulenza Tecnica d'Ufficio) che manifesta, a prima vista, un'evidente peculiarità: per un verso è un protocollo procedurale volto a deflazionare il contenzioso giurisdizionale, mediante strumenti alternativi di risoluzione delle controversie (ADR), per altro punta a contrarre i temi di definizione delle liti risarcitorie attraverso l'elezione del rito sommario ex art.702-bis C.p.c. (ora “semplificato” con la riforma dell'1.3.2023) nella convinzione che la prospettiva di un giudizio celere possa interferire con le scelte conciliative delle parti, innalzandone il gradiente di condivisione.

Si avrà modo di verificare che, malgrado un certo coefficiente di regolamentazione, il “diritto processuale sanitario” si manifesta agli operatori come uno spazio sostanzialmente “anomico” ossia privo di una disciplina di dettaglio e, finanche ove tale regolazione legislativa si rinvenga, la stessa è consegnata priva di una reale efficacia vincolante. Non che il legislatore non avesse ben presente la tendenza della giurisprudenza ad agire, nel settore della responsabilità sanitaria *tout court* intesa, in modo abbastanza scevro da condizionamenti normativi e con la tendenza a colmare per via interpretativa spazi rilevanti della disciplina sia sostanziale che processuale. Ne è un segno evidente il disposto dell'art.7 della “legge Gelli” che – dopo aver declinato le regole sulla “Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria” – al comma 5, con uno stilema arcaico, ammonisce che: «Le disposizioni del presente articolo

costituiscono norme imperative ai sensi del Codice civile». Ora, a parte l'intrinseca difficoltà di definire con precisione lo spazio di cogenza delle cosiddette norme imperative, è abbastanza esplicito ed evidente il tentativo del legislatore di arginare la creatività giurisprudenziale che, dalla teorica del contatto sociale in poi, ha fissato in via esclusiva il perimetro della responsabilità sanitaria avocandone a sé praticamente l'intera disciplina. La "restaurazione legislativa" del 2017 non poteva, quindi, prescindere da un plesso di disposizioni, processuali e sostanziali, che fosse in grado o almeno avesse l'ambizione di indirizzare l'attività delle parti e la decisione giurisdizionale verso un alveo a sponde rafforzate, ossia capace di resistere all'insopprimibile tendenza all'esondazione del diritto giurisprudenziale e ai suoi corposi tentativi di affermazione come fonte primaria dell'ordinamento.

Lo scopo della ricerca, condotta mirabilmente dall'Eurispes, è stato quello di sottoporre il magmatico, come decisivo, cluster dei procedimenti per ATP sanitario a un vaglio scientifico che ne cogliesse le direttrici, gli esiti, gli sbocchi. Un'operazione tanto più importante se si considera che dall'1.1.2018 la Sezione del Tribunale di Roma competente in materia ha deciso di conservare la titolarità del giudizio di merito in capo al giudice che ha curato la fase dell'Accertamento Tecnico Preventivo con un triplice intento: a) di dare applicazione al disposto dell'art. 8 che regola l'attività di "continuazione" dell'ATP non concluso nei termini di legge innanzi al giudice di merito; b) di responsabilizzare l'attività giurisdizionale nella fase dell'Accertamento Tecnico Preventivo rendendo il giudice consapevole che una chiusura troppo repentina o poco meditata del procedimento avrebbe riproposto problematiche inopportunamente sopite nella successiva fase di merito; c) di garantire, quindi, la migliore selezione dei consulenti tecnici d'ufficio ai sensi dell'art.15 della legge, in modo da agevolare l'attività di conciliazione tra le parti o, in caso di consulenze negative, l'abbandono della lite.

È del tutto evidente che l'entrata in vigore della "legge Gelli" non inficia i risultati delle consulenze tecniche d'ufficio "monocratiche" anteriormente eseguite e depositate. Pur tuttavia, è parimenti comprensibile la necessità che il giudice provveda a un sindacato particolarmente rigoroso dei contenuti e delle conclusioni portate da questa tipologia di elaborati peritali, poiché

la scelta operata dal legislatore del 2017 in favore di una strutturazione dialogica e specializzata delle conoscenze e delle esperienze dei consulenti tecnici d'ufficio, rappresenta non solo un canone procedurale, ma anche l'indicazione di un approccio euristico e gnoseologico ai temi della responsabilità sanitaria con una modifica del metodo scientifico di cui deve farsi applicazione che non può non avere un precipitato su ogni genere di processo, per lo meno in termini di un obbligo aggiuntivo di sorveglianza da parte del giudice.

La precisazione si è resa necessaria al fine di meglio delineare quale sia la funzione che l'Accertamento Tecnico Preventivo si è visto assegnare dal legislatore del 2017; funzione che molto, ma molto, difficilmente può renderlo assimilabile al procedimento di mediazione ai sensi dell'art.5, comma 1-bis, d.lgs. 4 marzo 2010, n.28.

La densità dell'impegno da approfondire nello svolgimento dell'ATP da parte dei suoi protagonisti è, infatti, direttamente correlata alla qualità del risultato che esso dovrebbe assicurare; risultato che non è solo rappresentato (come detto) dall'auspicabile definizione conciliativa della controversia, ma in primo luogo mirato al costituirsi di un plesso valutativo medico-legale provvisto di persuasività, autorevolezza, completezza, logicità, coerenza.

Una prima conclusione: la disciplina dell'ATP ex art.8 non può prescindere dagli stilemi linguistici e tonali dell'art.15 e della morfologia di consulente tecnico che tale norma delinea. Isolare il contesto procedurale dell'art.8 da quello dell'art.15 sarebbe un'operazione in contrasto con il dettato della legge (cfr. comma 1 norma da ultimo menzionata) e, circostanza viepiù grave, elusiva del precetto cognitivo che il Parlamento ha imposto al giudice il quale resta sempre soggetto solo alla legge (art. 101, comma 2, Cost.), ma che tutte le volte che tratti di responsabilità sanitaria è chiamato a procurarsi un apporto particolarmente qualificato. In questa traiettoria lo stesso nucleo di disposizioni codicistiche relative alla scelta e nomina dei consulenti tecnici d'ufficio ha una peculiare ricaduta applicativa in ragione del fatto che certo resta intatta la regola per cui «quando è necessario, il giudice può farsi assistere, per il compimento di singoli atti o per tutto il processo, da uno o più consulenti di particolare competenza tecnica» (art. 61 C.p.c.) – in nome della primazia cognitiva riassunta nell'antico

brocardo dello *iudex peritus peritorum* – ma quando il giudice scioglie la discrezionalità codicistica in direzione della nomina di un consulente, tale nomina non può che essere plurima e a compasso ristretto quanto alle competenze tecniche evocate. La canalizzazione del sapere scientifico nelle sponde dell'art. 15 si colloca al di là delle indicazioni dell'art. 61 C.p.c. ora ricordato, giacché traccia un solco per la cognizione e per la verifica giudiziale meno ampio di quello prefigurato in via generale dal Codice di rito. Ragione per cui anche la libertà di apprezzamento *ultra peritos* del giudice sembra doversi comprimere in modo considerevole poiché è tenuta a rapportarsi con la densità dell'approfondimento scientifico preteso dall'art. 15 e deve, quindi, giustificare in modo particolarmente rigoroso il disallineamento dalle conclusioni peritali.

Una seconda conclusione: l'art. 62 C.p.c. prevede, come noto, che «il consulente compie le indagini che gli sono commesse dal giudice» rinviando al tema dei quesiti di cui all'art. 191 C.p.c. La scansione processuale degli artt. 191 e seguenti C.p.c. rimette al giudice il compito di individuare e articolare i quesiti contestualmente all'ordinanza di nomina, ovvero prima dell'udienza fissata per la comparizione e per il giuramento del consulente tecnico d'ufficio. Non è questione secondaria nell'ottica di affidare all'esperto non una generica esplorazione sui temi del processo, ma lo specifico incarico di svolgere «le indagini che gli sono commesse», approccio, questo, che esige la compiuta valutazione, da parte del giudice, delle questioni tecniche rimesse dalle parti, onerate esse della necessità di prospettare al decidente il preciso rilievo degli accertamenti scientifici da compiere per l'accertamento dei fatti. La previa formulazione dei quesiti consente, per giunta, al consulente nominato di poter verificare l'appropriatezza delle conoscenze di cui dispone rispetto all'incarico affidato o di richiedere l'affiancamento di un ausiliario o di poter proporre una modifica/estensione dei temi da investigare e delle metodologie da applicare. In ciò, per giunta, agevolato dall'accesso al PCT che l'ordinanza di nomina immediatamente consente e prima dell'udienza di giuramento.

È apparsa, quindi, distonica con questa la pur autorevole opzione della Corte regolatrice secondo cui le contestazioni e i rilievi critici delle parti alla Consulenza Tecnica d'Ufficio, ove non



integrino eccezioni di nullità relative al suo procedimento, come tali disciplinate dagli artt. 156 e 157 C.p.c., costituiscono argomentazioni difensive, sebbene di carattere non tecnico-giuridico, che possono essere formulate per la prima volta nella comparsa conclusionale e anche in appello, purché non introducano nuovi fatti costitutivi, modificativi o estintivi, nuove domande o eccezioni o nuove prove ma si riferiscano all'attendibilità e alla valutazione delle risultanze della c.t.u. e siano volte a sollecitare il potere valutativo del giudice in relazione a tale mezzo istruttorio (Cassazione sez. un. n. 5624 del 21/02/2022). Né la mitigazione di tale apertura può dirsi raggiunta attraverso il sempre consentito sindacato sulla tardività delle contestazioni e sulla violazione del principio di lealtà e, quindi, con la regolazione delle spese di lite. La concentrazione delle contestazioni, in un processo bifasico come quello in materia di responsabilità sanitaria, è condizione imprescindibile perché il protocollo della legge 24 del 2017 possa funzionare e dilazioni di tale genere potrebbero vulnerare gli intenti del legislatore in questa materia.

Alberto Cisterna



## PER UN NUOVO DIALOGO TRA PAZIENTE E MEDICO

Nel “Primo Rapporto sul Sistema Sanitario” promosso dall’Osservatorio Salute, Previdenza e Legalità, l’Eurispes aveva posto in evidenza come la medicina difensiva fosse un fenomeno globale che affligge sul versante socio-economico oramai quasi tutti i paesi occidentali e, più in generale, i paesi sviluppati.

Le conseguenze della medicina difensiva hanno infatti un impatto sociale importante: si pensi all’aggravio economico sul bilancio dello Stato, all’aumento dei premi assicurativi a carico del personale sanitario, sino ad arrivare alla conseguente limitazione del diritto alla salute riconosciuto dall’art. 32 della nostra Costituzione.

Questo fenomeno, nel nostro Paese, ha avuto una diffusione amplificata, da un lato, dai mass media che hanno riservato grande spazio ai casi di mala sanità legati a imperizia o dolo dei medici, dall’altro alle incertezze interpretative dal punto di vista giudiziario sia in ambito civile sia in ambito penale

Su questo, il legislatore è intervenuto nel 2017, con la legge n.24, conosciuta anche come legge “Gelli-Bianco” con l’obiettivo di ridefinire la responsabilità del personale sanitario operando un bilanciamento tra diritti in capo al medico e al paziente.

La legge “Gelli-Bianco” del 2017 rappresenta, nelle intenzioni del legislatore, un punto di riordino dell’intero sistema della responsabilità medica. La normativa in questione introduce, tra l’altro, nell’ambito della procedura civile, significative modifiche che ridefiniscono e differenziano profondamente la responsabilità dell’operatore sanitario e la responsabilità della struttura.

Ma il cuore della riforma, volto soprattutto a contenere i procedimenti civili per risarcimento del danno derivante da errore medico, è che, prima di instaurare un giudizio civile per il risarcimento danni, occorre esperire un Accertamento Tecnico Preventivo. In buona sostanza, non è possibile proporre la causa vera e propria se prima non si è proceduto o a effettuare una mediazione (esistono organismi ad hoc autorizzati dal Ministero della Giustizia) o a proporre un ricorso per l’Accertamento Tecnico Preventivo. Quest’ultimo consiste in un ricorso al tribunale competente con il quale si chiede che – ai sensi della legge Gelli – venga nominato un

Collegio peritale (medico legale e specialista) che stabilisca se sussista o meno la responsabilità medica dedotta dal ricorrente. Quando l'accertamento si conclude con esito positivo per il ricorrente, gli esiti della successiva fase di merito saranno in qualche misura prevedibilmente positivi per il paziente-ricorrente. Quando – al contrario – l'accertamento si conclude con esito negativo per il paziente-ricorrente, potrebbe diventare più problematico passare alla successiva fase di merito non solo perché l'esito prognostico apparirebbe sfavorevole, ma anche perché, in caso di soccombenza dell'attore, la condanna alle spese legali – soprattutto in caso di più convenuti – può avere un effetto fortemente dissuasivo.

La ricerca sull'impatto della legge "Gelli-Bianco", realizzata dall'Eurispes, nasce grazie alla collaborazione avviata nell'aprile 2022 con il Presidente del Tribunale di Roma, dottor Roberto Reali, e il Presidente della XIII Sezione dello stesso Tribunale, dottor Alberto Michele Cisterna, che ringrazio, con la firma di un protocollo di collaborazione scientifica volto ad acquisire informazioni di natura epidemiologico-statistica sul fenomeno del contenzioso sanitario.

La realizzazione dell'indagine, ad oggi unica in Italia, è stata possibile grazie al prezioso lavoro di coordinamento e direzione svolto dagli avvocati Franco Di Maria e Vincenza Pinò, dell'omonimo studio legale, coadiuvati dall'avv. Angelo Caliendo e dalla dott.ssa Raffaella Saso per l'Eurispes.

L'indagine è stata strutturata attraverso la raccolta dei dati sugli accertamenti tecnici preventivi instaurati presso il Tribunale di Roma negli ultimi cinque anni, e dunque fra il 1° aprile 2017 e il 31 dicembre 2021. La raccolta e la repertazione delle informazioni sono state condotte direttamente presso la XIII Sezione del Tribunale di Roma. Gli accertamenti tecnici considerati sono complessivamente 1.380.

Per rappresentare appieno l'importanza di questo lavoro, va segnalato che la XIII Sezione del Tribunale di Roma (ve ne è una analoga solo presso il Tribunale di Milano), è composta da sedici magistrati che si occupano – in via esclusiva – di responsabilità professionale (nell'ambito di tale responsabilità quella sanitaria è pari a circa l'85%-90% del totale). Si consideri, inoltre, che il Tribunale di Roma è quello che tratta il maggior numero di cause

di responsabilità medica e delle strutture sanitarie tra tutti i Tribunali italiani (il 35% circa del totale).

Senza entrare nel merito dei risultati emersi dall'indagine, alcune considerazioni di fondo vanno fatte.

I dati indicano, da un lato, come la maggioranza delle richieste di accertamento non sia pretestuosa ed evidenzia responsabilità mediche e delle strutture sanitarie, dall'altro come i medici specialisti chiamati a valutare siano corretti e trasparenti nell'accertamento delle responsabilità dei colleghi. Si evidenzia inoltre come in alcuni casi vi sia un problema di funzionamento delle strutture mediche e ospedaliere piuttosto che una responsabilità dei medici.

A cinque anni dall'entrata in vigore della legge, nonostante alcune previsioni necessitino ancora dei decreti attuativi per poter dispiegare i propri effetti, dai risultati emersi appare come, almeno in parte e specularmente per il settore della responsabilità civile, la norma abbia raggiunto alcuni degli obiettivi prefissati. Infatti, dai dati emerge che "solo" nel 29,7% degli Accertamenti Tecnici Preventivi analizzati risulta coinvolto direttamente, da solo o insieme alla struttura sanitaria, il personale medico.

Questo dato se da un lato certifica che il coinvolgimento diretto dei medici è stato riscontrato solo in un terzo delle azioni proposte, non è detto che poi abbia rappresentato un effettivo argine al fenomeno della medicina difensiva.

Il contrasto al fenomeno, pertanto, necessita di adeguati interventi non solo in ambito di responsabilità civile ma soprattutto di un intervento sociale e culturale di sistema, incentrato sul diritto ad un'adeguata informazione dei cittadini sulla efficacia degli interventi sanitari, costruito mediante il dialogo tra il paziente e il medico.

Ed è questa parte della legge "Gelli-Bianco", demandata per lo più alle Regioni, che – nonostante essa prevedesse una serie di interventi volti alla prevenzione, all'informazione e al monitoraggio sui dati prodotti dalla legge 24/17 – non ha ancora dato i risultati sperati. Un particolare sforzo, dunque, dovrà essere fatto in questa direzione.

Gian Maria Fara



## VERSO IL SUPERAMENTO DELLA MEDICINA DIFENSIVA

Questa Ricerca nasce dalla felice sinergia tra Istituzioni: il Tribunale di Roma, la XIII Sezione dello stesso Tribunale, l'Eurispes, Istituto di Studi Politici, Economici e Sociali ed uno Studio legale romano, convinti che la vera risposta non è mai quella che chiude il discorso ma quella che, segretamente, custodisce la domanda successiva.

Tra le diverse componenti della legge 8 marzo 2017, n.24 (cosiddetta “legge Gelli”) il “*focus*” della nostra Ricerca si è concentrato sull’“Accertamento Tecnico Preventivo volto alla conciliazione della lite” (cosiddetto ATP) previsto dall’art. 696 bis Cod. proc. civ.

L’art. 8 della legge n.24 /2017 consente alle parti – per giungere ad una composizione negoziale della controversia e per assolvere alla condizione di procedibilità della domanda – di scegliere tra due diverse opzioni: quella della mediazione introdotta nel 2010 e rivista con il D.L. 21.06.2013 n. 69 e quella prevista dall’art. 696 bis Cod. proc. civ.

Questa seconda opzione ci è sembrata la più adatta a formare l’oggetto della nostra Ricerca.

Innanzitutto perché la “mediazione” pura viene di norma utilizzata solo per assolvere alla condizione di procedibilità prevista dalla legge e assai raramente con funzioni realmente conciliative. E ciò per il semplice fatto che ne difettano quasi sempre i presupposti: vale a dire una consulenza tecnica che, affermando o negando la responsabilità professionale del medico e/o della struttura, spinge le parti a trovare un accordo o a lasciar perdere.

Senza una consulenza, infatti, le parti rimangono, presumibilmente, ciascuna sulle proprie posizioni: il paziente inamovibile nell’affermare la responsabilità dei sanitari; questi ultimi e la struttura, inamovibili nel negarla.

Con l’ATP (Accertamento Tecnico Preventivo) invece, le parti ottengono, con la CTU (Consulenza Tecnica d’Ufficio), una prova spendibile nell’eventuale successivo giudizio e contemporaneamente assolvono alla condizione di procedibilità prevista dalla legge.

Inoltre, il paziente che si vede “soccumbente” nel giudizio di ATP sarà spinto a desistere dalla successiva azione di merito dal momento che la CTU non rinviene responsabilità professionali del medico o della struttura; al contrario, ove la CTU concluda per la sussistenza di una responsabilità, il medico e/o la struttura saranno verosimilmente spinti a trovare un accordo.

Infine, l’ATP si presta a dare una prima risposta – certo parziale ma pur sempre significativa, considerando che il Tribunale di Roma fronteggia il più alto numero di processi civili annualmente pendenti in Italia (160.868 – dati 22 gennaio 2022) – alla nuova riforma sanitaria che si appresta a compiere il sesto compleanno.

La Ricerca ha riguardato tutti gli ATP in materia sanitaria (1.380) depositati presso il Tribunale di Roma dal 1° aprile 2017 (data di entrata in vigore della Legge Gelli) al 31 dicembre 2021. I nomi che compaiono nella Ricerca (giudici, pazienti, CTU, avvocati, etc.), sono stati ovviamente anonimizzati.

È noto che la Legge Gelli si prefiggeva, tra gli altri, un obiettivo ben preciso: quello cioè di creare un sistema «in cui l’ercente sanitario non funga più da bersaglio e torni ad essere sereno e virtuoso protagonista della scena e di una recuperata “alleanza terapeutica”»<sup>1</sup>.

Si trattava cioè di combattere la cosiddetta “*medicina difensiva*” che, pur non esistendo in letteratura una nozione univoca, potrebbe essere definita come l’esecuzione o l’omissione, da parte del medico, di una serie di pratiche di carattere diagnostico o terapeutico, che non mirano al benessere, alla salute del paziente, non gli sono utili, non comportano per lui un beneficio, ma sono dirette ad evitare che il medico stesso incorra in una responsabilità giuridica<sup>2</sup>.

La medicina difensiva, oltre a costringere i medici in trincea, incide sul Servizio Sanitario Nazionale per circa 10 miliardi l’anno, il che è pari allo 0,75 del Pil (dati del Ministero della Salute aggiornati al 2014).

Questa Ricerca dimostra che ai medici (quantomeno in sede civile) è ora garantita la necessaria serenità di azione e che la Legge

---

<sup>1</sup> “*La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione*”, a cura di F. Gelli; M. Hazan; Daniela Zorzit, Giuffrè Editore, Milano 2017, pag. 4.

<sup>2</sup> Sul tema si confronti l’interessante saggio “*La medicina difensiva*”, di Francesca Poggi, Mucchi Editore, Modena 2018.



Gelli ha dunque conseguito uno degli obiettivi (forse il principale) che si prefiggeva.

Il dato complessivo – certo di grande rilevanza – è che nell’analisi dei 1.380 ATP esaminati, i medici non risultano essere personalmente coinvolti nel 70,3% dei casi, mentre lo sono nel 29,7%.

Se si considera che in questo 29,7% dei casi sono ricompresi medici liberi professionisti che non dipendono da nessuna struttura, né pubblica né privata, è agevole concludere che il numero dei medici “strutturati” (cioè che svolgono la loro attività all’interno delle strutture sanitarie) che vengono coinvolti in cause di responsabilità professionale è veramente esiguo.

Tale obiettivo si è raggiunto con l’art. 7, comma 3, della legge n.24/2017 che segna una vera e propria inversione di tendenza rispetto al passato avendo realizzato l’intento di tenere nettamente distinti i profili di responsabilità, e dunque i criteri accertatori della stessa, a seconda che si agisca nei confronti della struttura sanitaria o del medico dipendente e/o convenzionato.

Nei confronti di quest’ultimo (dipendente di struttura sanitaria) si è puntato a ridimensionarne e ad alleggerirne il ruolo e la responsabilità a tutto detrimento della struttura sanitaria pubblica o privata.

Si è cioè creato quello che viene chiamato “un doppio binario” a seconda che si agisca nei confronti della struttura oppure del medico dipendente da quella struttura.

In quest’ultimo caso (medico dipendente della struttura) il paziente si troverà ad affrontare almeno due elementi dotati di un forte potere di dissuasione:

- il termine prescrizione quinquennale (in alcuni casi di sei, nell’ipotesi in cui il fatto sia considerato dalla legge come reato e per quel reato sia stabilita una prescrizione più lunga) in luogo di quella decennale applicata ai giudizi nei confronti delle strutture o dei medici privati con cui si sia sottoscritto un contratto d’opera professionale;
- una vera e propria inversione dell’onere della prova, che così viene a gravare esclusivamente sul paziente, che dovrà dimostrare la sussistenza del nesso eziologico tra l’evento dannoso lamentato e la condotta del sanitario oltre alla colpa del medico nella causazione dell’evento.

È ovvio che – a fronte di un simile deterrente – solo in casi particolari il difensore del paziente opererà per una azione diretta contro il medico (o anche contro il medico: medico + struttura) posto che, comunque, dell’eventuale ristoro del danno risponde la struttura ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del Codice civile.

Se l’obiettivo della “legge Gelli” era – come era – quello di combattere la “*medicina difensiva*”, questa Ricerca dimostra che (almeno in ambito civile) la finalità è stata pienamente raggiunta.

Non è più lecito, dunque, parlare di “*medicina difensiva*”.

\*\*\*

Dalla ricerca emerge che gli ATP che si concludono positivamente per il paziente sono il 65,3%; nei due terzi dei casi, dunque, la responsabilità professionale del medico e/o della struttura sanitaria risultano sussistenti.

Il dato è francamente clamoroso e inaspettato.

Per coglierne appieno la straordinaria rilevanza è forse opportuno, in primo luogo, chiarire – per i non giuristi – che nel procedimento di ATP la figura e la funzione dell’avvocato e del giudice sono, per lo più, del tutto marginali e periferiche.

Il primo, infatti, si limita a redigere il ricorso sulla base della consulenza dei propri medici specialisti. Il secondo (dopo la verifica di ammissibilità del ricorso) non fa altro che nominare il collegio dei consulenti incaricati di valutare il caso loro sottoposto.

Il vero fulcro e cardine dell’ATP è dunque il collegio dei consulenti tecnici d’ufficio che la legge Gelli prevede sia formato da almeno un medico legale e da uno specialista.

Si può dunque affermare che l’ATP non è altro, sostanzialmente, che un giudizio che dei medici danno sull’operato di altri medici.

Va chiarito, in secondo luogo, che questi dati si riferiscono, come è ovvio, esclusivamente al versante patologico della prestazione medica; essi cioè riguardano solo quei casi in cui i pazienti ritengono i sanitari (a torto o a ragione) responsabili dell’evento dannoso loro occorso.

Sono dunque, all’evidenza, dati relativi esclusivamente a quel segmento di pazienti che si ritengono insoddisfatti dalla prestazione

sanitaria e non tengono conto invece di quelli – la stragrande maggioranza – totalmente appagati dall’operato dei medici.

Va ancora doverosamente segnalata la professionalità dei 336 medici legali che nel periodo considerato (1° aprile 2017 - 31 dicembre 2021) si sono occupati dei 1.380 ATP. Si tratta di specialisti con una funzione di collegamento tra sapere giuridico e sapere scientifico che devono poter svolgere la loro attività con diligenza, perizia e – pur valutando il comportamento professionale di colleghi – con imparzialità.

Questa è una Ricerca di numeri, di percentuali, di statistiche. Ma anche di conclusioni che da questi dati si possono trarre.

Ora, è senz’altro vero che il nostro è un Paese afflitto da una devastante ipertrofia legislativa (il culmine si è raggiunto il 31 ottobre 1995 quando, nello stesso giorno, la Regione Sicilia ha pubblicato due leggi, usando la seconda per abrogare la prima: un “infanticidio legislativo” come acutamente lo definì Michele Ainis).

Tuttavia, la “legge Gelli” (almeno in ambito civile e a prescindere da un uso sovente improprio del lessico giuridico), ha raggiunto uno degli obiettivi (forse il principale) che si era prefissa: non è più lecito parlare di medicina difensiva e, nel contempo, i diritti dei pazienti non si sono trasformati in diritti di “carta”, promessi dalla legge in solenni dichiarazioni di principio ma mai garantiti per davvero.

In questo caso, la competizione fra opposti diritti, ha trovato una sintesi bilanciata che avvicina e non divide, offrendo così all’eguaglianza una nuova, più ricca dimensione e proponendo una inedita connessione tra l’astrazione dei diritti e la concretezza dei bisogni.

Questa Ricerca, infine, non è una risposta che congeda il domandare ma piuttosto una tappa che dischiude altre ulteriori interrogazioni, oggetto – ci siamo ripromessi – di studi successivi.

Franco Di Maria, Vincenza Pinò



## CONSIDERAZIONE SULLA LIQUIDAZIONE DEL DANNO NELLA RESPONSABILITÀ SANITARIA

Quella della responsabilità professionale sanitaria è sempre stata una tematica complessa sia per i giuristi che per i medici legali.

La complessità dell'argomento emerge in modo evidente anche dallo sforzo del Legislatore e dei Giuristi di delineare in modo consono una legislazione ed una giurisprudenza adeguata a garantire i molteplici e costituzionalmente rilevanti diritti in gioco, tutelando il ruolo sociale del professionista sanitario e contestualmente garantendo il paziente/utente danneggiato.

In tal senso, la ormai non più recentissima introduzione della legge "Gelli/Bianco", tra i tanti scopi più o meno raggiunti, ha tentato nell'ambito della responsabilità civile di definire in modo chiaro la responsabilità della struttura e del professionista sanitario e contestualmente di introdurre riti alternativi per garantire una celere risoluzione delle controversie, che fosse comunque anche tecnica e possibilmente conciliativa.

Concentrandosi unicamente sulle modifiche normative che incidono sull'attività dei consulenti tecnici d'ufficio, emerge in modo evidente come il Legislatore consideri la fattispecie della responsabilità una circostanza che necessita di un approccio tecnico multidisciplinare coinvolgente sempre uno specialista in medicina legale ed almeno uno specialista della branca oggetto della controversia.

La necessità di una collegialità con l'apporto di più specialisti non è solo dovuta al fatto che oggetto dell'indagine è la medicina – scienza pratica estremamente vasta e ormai suddivisa in molteplici specializzazioni ed ultraspecializzazioni – ma è anche dovuta al fatto di dover garantire che l'analisi della controversia venga espletata sulla base di un metodo medico-legale che è quasi sempre estraneo allo specialista clinico.

In tal senso, è evidente che dalla lettura delle CTU espletate da diverse composizioni dei collegi medici o da singoli CTU, medici legali o clinici, appare chiaramente percepibile nell'elaborato peritale la differenza dell'approccio logico-scientifico alla fattispecie. Difatti, usualmente, i clinici sono portati a redigere

CTU tecniche dalle quali emerge una serie di difformità tra l'assistenza prestata e le buone pratiche o linee-guida indicate; sacrificando spesso la tematica relativa alla rilevanza causale delle condotte contestate o valutando l'operato del sanitario senza una doverosa e necessaria analisi controfattuale; mentre, d'altro canto, una CTU espletata unicamente da un medico-legale difetta certamente di quella pratica e specifica competenza che l'analisi di una fattispecie di responsabilità medica inevitabilmente richiede.

Questo primo aspetto, che certamente dà atto della rilevanza dell'apporto del medico legale, risulta essere solo uno dei momenti in cui tale professionista ricopre un indispensabile ruolo di intermediario tra il sapere medico ed il sapere giuridico.

Una ulteriore fase in cui il medico legale ricopre un chiaro ruolo nel contenzioso da *medical malpractice* è la valutazione del danno biologico nonché, ovviamente, con l'entrata in vigore della legge "Gelli" nella liquidazione del danno biologico e non patrimoniale in generale.

L'aspetto della liquidazione del danno, tematica che in passato è sempre stata avulsa dalle competenze del professionista medico-legale, è invece ad oggi aspetto indispensabile quando il CTU si trova ad essere nominato in un ricorso ex art. 696bis C.p.c.

L'introduzione del 696bis nelle fattispecie inerenti la *medical malpractice* impone inevitabilmente ai CCTU ed ovviamente ai medici legali di apprendere non solo come valutare gli esiti di lesioni organiche o psichiche ma anche di come liquidarle e contestualmente di comprendere come liquidare anche il danno non patrimoniale.

Diventa quindi indispensabile per il professionista medico-legale, oltre che acquisire competenze relazionali utili a conciliare tra due parti in causa, conoscere e comprendere il significato di concetti giuridici quale personalizzazione del danno, danno non patrimoniale, nonché altri aspetti in tema di liquidazione che storicamente rientrano nel bagaglio di competenze del Giudice, del liquidatore assicurativo e che anche gli avvocati spesso non conoscono.

Ad oggi, grazie alla redazione di apposite tabelle da parte del Tribunale di Roma, quest'attività può apparire più semplice ma non deve ovviamente essere considerata quale un mero automatismo; difatti, sarà onere del Collegio elaborare una proposta congrua con quanto "obiettivato" nel corso delle operazioni peritali valutando correttamente le allegazioni e le domande di entrambe le parti.

Tale attività prevede adeguate conoscenze, soprattutto in considerazione delle molteplici fattispecie di danno che possono essere allegate dall'attore e che in alcuni casi non trovano un riscontro economico in termini tabellari quali, ad esempio, il danno da consenso o il danno da perdita di chance.

Tali fattispecie di danno, un tempo non erano comunemente allegate tra i danni subiti ma ad oggi anche con l'introduzione della legge 219/2017 trovano sempre più spazio nel contenzioso per *medical malpractice*.

Chiaramente un'adeguata gestione della conciliazione prevede per il Collegio incaricato anche conoscenze idonee in merito ai concetti di prescrizione e suddivisione della responsabilità, non essendo infrequente l'ipotesi che in un procedimento vengano coinvolti contemporaneamente più soggetti con obbligazioni diverse. In tal senso, basti pensare ai casi in cui risultano essere costituiti, quali resistenti, sia il sanitario che la struttura sanitaria.

La problematica della liquidazione del danno è dunque un tema che ad oggi non può e non deve essere sottovalutato poiché rischia di incidere in modo importantissimo sul diritto del paziente danneggiato di ottenere un risarcimento equo e pieno.

In tal senso, è opportuno evidenziare alcune situazioni che incidono su tali aspetti, basti pensare all'inadeguato utilizzo delle tabelle, evenienza tutt'altro che infrequente, con l'applicazione ad esempio delle tabelle del Tribunale al posto di quelle delle micropermanenti nei casi di lesione di lieve entità oppure casi in cui il riconoscimento della personalizzazione avviene in assenza della qual si voglia minima allegazione capace di dare atto di peculiari attività della vita del danneggiato.

Tali competenze ormai indispensabili ai CCTTUU per poter anche solo approcciarsi ad un tentativo di conciliazione, risultano di enorme importanza anche per il personale dei Comitati di Valutazione Sinistri delle strutture ospedaliere che, in assenza di un *loss adjuster* aziendale competente, possono trovarsi nella situazione di non poter prevenire in modo adeguato la reale esposizione in eventuali giudizi arrivando a proporre transazioni inaccettabili per la parte attrice o liquidando poste di danno in modo inopportuno.

Luigi Tonino Marsella





# L'indagine

## VERSO IL SUPERAMENTO DELLA MEDICINA DIFENSIVA

### *Introduzione*

La cosiddetta legge “Gelli-Bianco” (legge 8 marzo 2017, n.24) e, in particolare, l’Accertamento Tecnico Preventivo volto alla conciliazione della lite (art. 696 bis C.p.c.) costituisce, con la mediazione, preliminare condizione di procedibilità della controversia. In sostanza, non è possibile proporre la causa vera e propria se prima non si è proceduto o a effettuare una mediazione (esistono organismi ad hoc autorizzati dal Ministero della Giustizia) o a proporre un ricorso per l’Accertamento Tecnico Preventivo. Quest’ultimo consiste in un ricorso al tribunale competente con il quale si chiede che – ai sensi della “legge Gelli” – venga nominato un Collegio peritale (medico legale e specialista) che stabilisca se sussista o meno la responsabilità medica dedotta dal ricorrente.

La XIII Sezione del Tribunale di Roma (ve ne è solo una analoga presso il Tribunale di Milano), è composta da sedici magistrati che si occupano – in via esclusiva – di responsabilità professionale; nell’ambito di tale responsabilità, quella sanitaria è pari a circa l’85%/90% del totale. Il Tribunale di Roma è quello che tratta il maggior numero di cause di responsabilità medica e delle strutture sanitarie tra tutti i tribunali italiani (il 35% circa del totale).

Appare, dunque, evidente come un’indagine realizzata attraverso l’analisi dei procedimenti relativi alla XIII Sezione abbia un valore paradigmatico per tutto il territorio nazionale.

La consultazione dell’archivio della XIII Sezione, partendo da circa 2.000 Accertamenti Tecnici Preventivi proposti presso il Tribunale di Roma dal 1° aprile 2017 (data di entrata in vigore della “legge Gelli-Bianco”) al 31 dicembre 2021 – mantenendo l’anonimato sia relativamente ai soggetti interessati, sia ai periti – ha permesso di repertare gli Accertamenti Tecnici Preventivi

(1.380 quelli effettivamente censiti) attraverso un modulario e di catalogare le seguenti specificità:

- i settori specialistici interessati (oncologia, cardiologia, ecc.);
- le percentuali delle strutture pubbliche e private coinvolte;
- le percentuali dei medici personalmente coinvolti, oltre alle strutture;
- il numero degli ATP (Accertamenti Tecnici Preventivi) che si sono conclusi positivamente per i pazienti, o per i medici e per le strutture;
- la ricorrenza dei soggetti CTU sul totale degli Accertamenti;
- la percentuale di chiamate in causa delle assicurazioni.

L'indagine ha permesso una prima, accurata, valutazione dell'impatto della "legge Gelli", relativamente agli Accertamenti Tecnici Preventivi volti alla conciliazione della lite (art.696 bis C.p.c.) che, come già detto, rappresentano il primo livello della sua applicazione.

Da ciò discende la particolare rilevanza dei dati prodotti, che rappresentano un prezioso spunto di riflessione sia per i soggetti della sanità (medici e strutture) sia per il legislatore.

Di seguito, i risultati emersi.

### *I risultati dell'indagine*

Analizzando il dettaglio dei settori specialistici interessati, emerge che il settore coinvolto più spesso è ortopedia (16,3%), seguito da chirurgia (13,2%) e da infettivologia (11,7%); nel complesso dunque il 41,2% degli ATP interessa questi tre settori. Odontoiatria ricorre nel 6,7% dei casi, chirurgia plastica ed oncologia sono coinvolti nel 5% degli ATP, immediatamente seguite da cardiologia (4,7%), neurochirurgia (4,5%) e ginecologia (4,2%). Percentuali ancora più basse si riscontrano per altri settori: neurologia (3,6%); urologia (3,4%); gastroenterologia (3%); oftalmologia (2,3%); chirurgia vascolare (2,2%); cardiocirurgia (1,8%); neonatologia (1,5%) e otorinolaringoiatria (1,3%). Tutti gli altri settori ottengono percentuali inferiori all'1%.

**TABELLA 1****Settore specialistico interessato**

Anni 2017-2021

Valori percentuali

Settore specialistico interessato	%
Ortopedia	16,3
Chirurgia	13,2
Infettivologia	11,7
Odontoiatria	6,7
Chirurgia Plastica	5,0
Oncologia	5,0
Cardiologia	4,7
Neurochirurgia	4,5
Ginecologia	4,2
Neurologia	3,6
Urologia	3,4
Gastroenterologia	3,0
Oftalmologia	2,3
Chirurgia Vascolare	2,2
Cardiochirurgia	1,8
Neonatologia	1,5
Otorinolaringoiatria	1,3
Ostetricia	0,9
Radiologia	0,9
Odontostomatologia	0,8
Anestesia	0,6
Chirurgia Estetica	0,6
Chirurgia Toracica	0,6
Pneumologia	0,5
Endocrinologia	0,4
Chirurgia Cardiovascolare	0,3
Ortodonzia	0,3
Psichiatria	0,3
Traumatologia	0,3
Chirurgia Vascolare	0,2
Medicina Interna	0,2
Nefrologia	0,2
Allergologia	0,1
Angiologia	0,1
Audiologia	0,1
Chirurgia Addominale	0,1
Chirurgia Facciale	0,1
Chirurgia Oculistica	0,1
Chirurgia Odontostomatologica	0,1
Chirurgia Oncologica	0,1
Chirurgia Pediatrica	0,1
Dermatologia	0,1
Ematologia	0,1
Epatologia	0,1
Farmacologia	0,1
Fisiatria	0,1
Genetica	0,1
Immunoematologia	0,1
Medicina Preventiva	0,1
Neuropsichiatria Infantile	0,1
Neuropsichiatria	0,1
Neonatologia	0,1
Pediatria	0,1
Psicologia	0,1
Radiodiagnostica	0,1
Rianimazione	0,1
Tossicologia	0,1

Altro	0,1
Totale	100,0

Fonte: Eurispes.

Accorpare alcuni settori specialistici in categorie più ampie, chirurgia supera tutti gli altri con una frequenza del 22,6%, ortopedia con una frequenza del 16,1%, infettivologia con l'11,6%, mentre per gli altri settori i risultati subiscono variazioni minime.

**TABELLA 2**

**Settore specialistico interessato. Macro categorie**

Anni 2017-2021

Valori percentuali

Settore specialistico interessato	%
Chirurgia	22,6
Ortopedia	16,1
Infettivologia	11,6
Odontoiatria	6,9
Oncologia	4,9
Cardiologia	4,6
Neurochirurgia	4,4
Ginecologia	4,2
Neurologia	3,5
Urologia	3,4
Gastroenterologia	3,0
Oftalmologia	2,2
Cardiochirurgia	1,7
Neonatologia	1,5
Otorinolaringoiatria	1,3
Radiologia	1,0
Ostetricia	0,9
Odontostomatologia	0,8
Anestesia	0,6
Pneumologia	0,5
Psichiatria	0,5
Endocrinologia	0,4
Traumatologia	0,3
Medicina Interna	0,2
Nefrologia	0,2
Allergologia	0,1
Angiologia	0,1
Audiologia	0,1
Dermatologia	0,1
Ematologia	0,1
Epatologia	0,1
Farmacologia	0,1
Fisiatria	0,1
Genetica	0,1
Immunoematologia	0,1
Medicina Preventiva	0,1
Neonatologia	0,1
Pediatria	0,1
Rianimazione	0,1
Tossicologia	0,1
Altro	0,1
Totale	100,0

Fonte: Eurispes.

Guardando alla tipologia di convenuto, il 40,4% delle volte risulta trattarsi di una struttura pubblica, il 36,1% di struttura privata e, nell'11% dei casi, di medico persona fisica/assicurazione. Il restante 12,5% di ATP vede coinvolte tipologie miste di convenuto: il 7,3% di queste riguardano struttura privata/medico persona fisica/assicurazione e il 3,1% struttura pubblica/medico persona fisica/assicurazione; solo lo 0,9% coinvolge una struttura sia pubblica che privata; lo 0,8% riguarda struttura pubblica/struttura privata/medico persona fisica/assicurazione. Lo 0,4% degli accertamenti è rivolto ad altre tipologie di convenuto (ad esempio, produttori di apparecchiature mediche).

**TABELLA 3**

**Convenuto**  
Anni 2017-2021  
Valori percentuali

Convenuto	%
Medico persona fisica/assicurazione	11,0
Struttura privata	36,1
Struttura privata/Medico persona fisica/assicurazione	7,3
Struttura pubblica	40,4
Struttura pubblica/Medico persona fisica/assicurazione	3,1
Struttura pubblica/Struttura privata	0,9
Struttura pubblica/Struttura privata/Medico persona fisica/assicurazione	0,8
Altro (es. produttori apparecchiature mediche, etc.)	0,4
Totale	100,0

Fonte: Eurispes.

Nella maggior parte dei casi esaminati il medico non risulta essere personalmente coinvolto (70,3%), mentre lo è nel 29,7% dei casi.

**TABELLA 4**

**Medico personalmente coinvolto**  
Anni 2017-2021  
Valori percentuali

Medico personalmente coinvolto	%
Sì	29,7
No	70,3
Totale	100,0

Fonte: Eurispes.

L'indagine, come già detto, ha riguardato tutti gli ATP in materia sanitaria (1.380) depositati presso il Tribunale di Roma dal 1° aprile 2017 (data di entrata in vigore della legge "Gelli-Bianco") al 31 dicembre 2021. I nomi che sono comparsi in questo lavoro (giudici, pazienti, CTU, avvocati, etc.), sono stati ovviamente anonimizzati.

È noto che la legge “Gelli-Bianco” si prefiggeva, tra gli altri, un obiettivo ben preciso: quello cioè di creare un sistema «in cui l’esercente sanitario non funga più da bersaglio e torni ad essere sereno e virtuoso protagonista della scena e di una recuperata “alleanza terapeutica”»<sup>3</sup>.

Si trattava cioè di combattere la cosiddetta “medicina difensiva” che – pur non esistendo in letteratura una nozione univoca – potrebbe essere definita come l’esecuzione o l’omissione, da parte del medico, di una serie di pratiche di carattere diagnostico o terapeutico, che non mirano al benessere, alla salute del paziente, non gli sono utili, non comportano per lui un beneficio, ma sono dirette ad evitare che il medico stesso incorra in una responsabilità giuridica<sup>4</sup>.

La medicina difensiva, oltre a costringere i medici in trincea incide sul Servizio Sanitario Nazionale per circa 10 miliardi l’anno, il che è pari allo 0,75 del Pil (dati del Ministero della Salute aggiornati al 2014).

Si dimostra, dunque, che ai medici (quantomeno in sede civile) è ora garantita la necessaria serenità di azione e che la legge Gelli ha conseguito uno degli obiettivi (forse il principale) che si prefiggeva.

Il dato complessivo – certo di grande rilevanza – è che nell’analisi dei 1.380 ATP esaminati, i medici non risultano essere personalmente coinvolti nel 70,3% dei casi, mentre lo sono nel 29,7%.

Se si considera che in questo 29,7% dei casi sono ricompresi medici liberi professionisti che non dipendono da nessuna struttura, né pubblica né privata, è agevole concludere che il numero dei medici “strutturati” (cioè quelli che svolgono la loro attività all’interno delle strutture sanitarie) che vengono coinvolti in cause di responsabilità professionale è veramente esiguo.

Tale obiettivo si è raggiunto con l’art. 7, comma 3, della legge n.24/2017 che segna una vera e propria inversione di tendenza rispetto al passato avendo realizzato l’intento di tenere nettamente distinti i profili di responsabilità, e dunque i criteri accertatori della stessa, a seconda che si agisca nei confronti della struttura sanitaria o del medico dipendente e/o convenzionato.

---

<sup>3</sup> *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione*, a cura di F. Gelli, M. Hazan, Daniela Zorzit, Giuffrè Editore, Milano 2017, pag. 4.

<sup>4</sup> Sul tema si confronti l’interessante saggio “La medicina difensiva”, di Francesca Poggi, Mucchi Editore, Modena 2018.

Nei confronti di quest'ultimo (dipendente di struttura sanitaria) si è puntato a ridimensionarne e ad alleggerirne il ruolo e la responsabilità a tutto detrimento della struttura sanitaria pubblica o privata.

Si è cioè creato quello che viene chiamato “un doppio binario” a seconda che si agisca nei confronti della struttura oppure del medico dipendente da quella struttura.

In quest'ultimo caso (medico dipendente della struttura), il paziente si troverà ad affrontare almeno due elementi dotati di un forte potere di dissuasione:

- il termine prescrizionale quinquennale (in alcuni casi di sei, nell'ipotesi in cui il fatto sia considerato dalla legge come reato e per quel reato sia stabilita una prescrizione più lunga) in luogo di quella decennale applicato ai giudizi nei confronti delle strutture o dei medici privati con cui si sia sottoscritto un contratto d'opera professionale;
- una vera e propria inversione dell'onere della prova che così viene a gravare esclusivamente sul paziente che dovrà dimostrare la sussistenza del nesso eziologico tra l'evento dannoso lamentato e la condotta del sanitario oltre alla colpa del medico nella causazione dell'evento.

È ovvio che – a fronte di un simile deterrente – solo in casi particolari il difensore del paziente opererà per una azione diretta contro il medico (o anche contro il medico: medico + struttura) posto che, comunque, dell'eventuale ristoro del danno risponde la struttura ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del Codice civile.

Se l'obiettivo della legge “Gelli-Bianco” era – come era – quello di combattere la “medicina difensiva”, questi numeri dimostrano che (almeno in ambito civile) la finalità è stata pienamente raggiunta.

Non è più lecito parlare di “medicina difensiva”.

Il medico risulta personalmente coinvolto nell'82% dei casi in cui il convenuto è rappresentato da “medico persona fisica/assicurazione” ed è coinvolto nella maggior parte degli accertamenti nei confronti di “struttura privata/medico persona fisica/assicurazione” (60%) e di “struttura pubblica/medico persona fisica/assicurazione” (52,4%). Negli ATP riguardanti “struttura pubblica/struttura privata/medico persona fisica/assicurazione” il medico risulta coinvolto in meno della metà dei casi (40%). Per le altre tipologie di convenuto il

coinvolgimento diretto del medico si rileva in percentuali inferiori: “struttura privata” 29%; “altro” 25%; “struttura pubblica” 9,5% e “struttura pubblica/struttura privata” 7,7%.

**TABELLA 5**

**Medico personalmente coinvolto. Per convenuto**

Anni 2017-2021

Valori percentuali

Convenuto	Risposte		
	Sì	No	Totale
Medico persona fisica/assicurazione	82,0	18,0	100,0
Struttura privata	29,0	71,0	100,0
Struttura privata/Medico persona fisica/assicurazione	60,0	40,0	100,0
Struttura pubblica	9,5	90,5	100,0
Struttura pubblica/Medico persona fisica/assicurazione	52,4	47,6	100,0
Struttura pubblica/Struttura privata	7,7	92,3	100,0
Struttura pubblica/Struttura privata/Medico persona fisica/assicurazione	40,0	60,0	100,0
Altro (es. produttori apparecchiature mediche, etc.)	25,0	75,0	100,0

Fonte: Eurispes.

Nel 29% degli ATP vi è stata una chiamata in causa dell'assicurazione.

**TABELLA 6**

**Chiamata in causa dell'assicurazione**

Anni 2017-2021

Valori percentuali

Chiamata in causa dell'assicurazione	%
Sì	29,0
No	71,0
Totale	100,0

Fonte: Eurispes.

Negli ATP in cui fra il convenuto compare l'assicurazione, si riscontra nella maggior parte dei casi la chiamata in causa dall'assicurazione: “struttura pubblica/struttura privata/medico persona fisica/assicurazione” 70%; “struttura privata/medico persona fisica/assicurazione” 66,7%; “medico persona fisica/assicurazione” 63,3% e “struttura pubblica/medico persona fisica/assicurazione” 53,5%.

Al contrario, per le altre tipologie di convenuto, il più delle volte non vi è la chiamata in causa dall'assicurazione. In particolare, questo non si verifica mai nei casi in cui il convenuto è rappresentato da “struttura pubblica/struttura privata” e solo in circa un caso su 10 quando si tratta di una struttura esclusivamente pubblica. Quando il convenuto è una struttura solo privata la



chiamata in causa dell'assicurazione ha riguardato il 29,4% degli accertamenti ed altrettanto è accaduto per il 25% di ATP che hanno coinvolto la tipologia "altro".

**TABELLA 7**

**Chiamata in causa dell'assicurazione. Per convenuto**

Anni 2017-2021

Valori percentuali

Convenuto	Risposte		
	Si	No	Totale
Medico persona fisica/assicurazione	63,3	36,7	100,0
Struttura privata	29,4	70,6	100,0
Struttura privata/Medico persona fisica/assicurazione	66,7	33,3	100,0
Struttura pubblica	10,4	89,6	100,0
Struttura pubblica/Medico persona fisica/assicurazione	53,5	46,5	100,0
Struttura pubblica/Struttura privata	0,0	100,0	100,0
Struttura pubblica/Struttura privata/Medico persona fisica/assicurazione	70,0	30,0	100,0
Altro (es. produttori apparecchiature mediche, etc.)	25,0	75,0	100,0

Fonte: Eurispes.

Guardando all'esito degli accertamenti, questi si sono conclusi con un esito positivo per il paziente nella maggior parte dei casi (65,3%), mentre l'esito è stato positivo per la struttura il 31,1% delle volte. L'ATP si è concluso positivamente per il medico solo nel 3,1% dei casi in esame; nello 0,4% è risultato inammissibile e nello 0,1% ambiguo.

**TABELLA 8**

**Esito ATP**

Anni 2017-2021

Valori percentuali

ATP conclusa	Risposte
Ambigua	0,1
Inammissibile	0,4
Positivamente per il medico	3,1
Positivamente per il paziente	65,3
Positivamente per la struttura	31,1
Totale	100,0

Fonte: Eurispes.

Dall'indagine è emerso che gli ATP che si concludono positivamente per il paziente sono il 65,3%; nei due terzi dei casi, dunque, la responsabilità professionale del medico e/o della struttura sanitaria risultano sussistenti.

Il dato è francamente clamoroso e inaspettato.

Per coglierne appieno la straordinaria rilevanza è forse opportuno, in primo luogo, chiarire – per i non giuristi – che nel

procedimento di ATP la figura e la funzione dell'avvocato e del giudice sono, per lo più, del tutto marginali e periferiche.

Il primo, infatti, si limita a redigere il ricorso sulla base della consulenza dei propri medici specialisti. Il secondo (dopo la verifica di ammissibilità del ricorso) non fa altro che nominare il collegio dei consulenti incaricati di valutare il caso loro sottoposto.

Il vero fulcro e cardine dell'ATP è dunque il collegio dei consulenti tecnici d'ufficio che la legge Gelli prevede sia formato da almeno un medico legale e da uno specialista.

Si può dunque affermare che l'ATP non è altro, sostanzialmente, che un giudizio che dei medici danno sull'operato di altri medici.

Va chiarito, in secondo luogo, che questi dati si riferiscono, come è ovvio, esclusivamente al versante patologico della prestazione medica; essi cioè riguardano solo quei casi in cui i pazienti ritengono i sanitari (a torto o a ragione) responsabili dell'evento dannoso loro occorso.

Sono dunque, all'evidenza, dati relativi esclusivamente a quel segmento di pazienti che si ritengono insoddisfatti dalla prestazione sanitaria e non tengono conto invece di quelli – la stragrande maggioranza – totalmente appagati dall'operato dei medici.

Va ancora doverosamente segnalata la professionalità dei 336 medici legali che nel periodo considerato (1° aprile 2017 - 31 dicembre 2021) si sono occupati dei 1.380 ATP. Si tratta di specialisti con una funzione di collegamento tra sapere giuridico e sapere scientifico che devono poter svolgere la loro attività con diligenza, perizia e – pur valutando il comportamento professionale di colleghi – con imparzialità.

Analizzando i risultati in base al tipo di convenuto è emerso quanto segue:

- medico persona fisica/assicurazione: l'ATP si è concluso nella maggior parte dei casi con un esito positivo per il paziente (71,1%); nel 17,8% dei casi con esito positivo per il medico; nel 10,5% positivamente per la struttura e nell'0,6% è risultato inammissibile;
- struttura privata: l'ATP si è concluso nel 67,4% dei casi positivamente per il paziente; nel 30,4% positivamente per la struttura; nell'1,6% positivamente per il medico. Lo 0,4% degli accertamenti è risultato inammissibile e lo 0,2% ha avuto esito ambiguo;

- struttura privata/medico persona fisica/assicurazione: positivamente per il paziente 61,4%; per la struttura 36,6%; per il medico 1%; inammissibile 1%;
- struttura pubblica: 62,5% positivamente per il paziente; 36,6% positivamente per la struttura; 0,7% positivamente per il medico; 0,2% inammissibile;
- struttura pubblica/medico persona fisica/assicurazione: 67,4% positivamente per il paziente; 27,9% positivamente per la struttura; 4,7% positivamente per il medico;
- struttura pubblica/struttura privata: positivamente per il paziente 69,2%; positivamente per la struttura 30,8%;
- struttura pubblica/struttura privata/medico persona fisica/assicurazione: positivamente per il paziente nel 72,7% dei casi e positivamente per la struttura nel 27,3%;
- altro (es. produttori apparecchiature mediche, etc.): positivamente per la struttura nel 50% dei casi; positivamente per paziente e per il medico 25% rispettivamente.

**TABELLA 9**

**Esito ATP. Per convenuto**  
Anni 2017-2021  
Valori percentuali

Convenuto	Risposte				
	Ambigua	Inammissibile	Positivamente per il medico	Positivamente per il paziente	Positivamente per la struttura
Medico persona fisica/assicurazione	0,0	0,6	17,8	71,1	10,5
Struttura privata	0,2	0,4	1,6	67,4	30,4
Struttura privata/Medico persona fisica/assicurazione	0,0	1,0	1,0	61,4	36,6
Struttura pubblica	0,0	0,2	0,7	62,5	36,6
Struttura pubblica/Medico persona fisica/assicurazione	0,0	0,0	4,7	67,4	27,9
Struttura pubblica/Struttura privata	0,0	0,0	0,0	69,2	30,8
Struttura pubblica/Struttura privata/Medico persona fisica /assicurazione	0,0	0,0	0,0	72,7	27,3
Altro (es. produttori apparecchiature mediche, etc.)	0,0	0,0	25,0	25,0	50,0

Fonte: Eurispes.

L'esito positivo per il paziente ha riguardato la totalità degli ATP che hanno visto coinvolti i settori specialistici di: allergologia, angiologia, audiologia, epatologia, fisiatria, genetica, immunoematologia, neonatologia, odontostomatologia, rianimazione e tossicologia.

Tale esito ha prevalso anche nei casi riguardanti i settori:

- anestesia: 62,5% positivamente per il paziente; 25% positivamente per la struttura e 12,5% per il medico;
- cardiocirurgia: positivamente per il paziente 62,5%, per la struttura 37,5%;
- cardiologia: 73,5% paziente, 23,4% struttura e 3,1% medico;
- chirurgia: 61,2% paziente, 35,3% struttura e 3,5% medico;
- gastroenterologia: 58,5% positivamente per il paziente e 41,5% positivamente per la struttura;
- ginecologia: 65,5% positivamente per il paziente; 25,9% per la struttura e 8,6% per il medico;
- infettivologia: 63,1% positivamente per il paziente; 36,3% positivamente per la struttura; 0,6% per il medico;
- medicina interna: 66,7% per il paziente e 33,3% per la struttura;
- nefrologia: 66,7% per il paziente e 33,3% per la struttura;
- neurochirurgia: 62,3% positivamente per il paziente; 36,1% positivamente per la struttura; 1,6% inammissibile;
- neurologia: 65,3% positivamente per il paziente; 32,7% positivamente per la struttura; 2% positivamente per il medico;
- odontoiatria: 74% positivamente per il paziente; 11,5% positivamente per la struttura; 14,5% positivamente per il medico;
- oftalmologia: 77,4% per il paziente e 22,6% per la struttura;
- oncologia: 58,8% positivamente per il paziente; 36,8% positivamente per la struttura; 2,9% positivamente per il medico; 1,5% ambiguo;
- ortopedia: 76,7% positivamente per il paziente; 22,4% positivamente per la struttura; 0,9% positivamente per il medico;
- ostetricia: 76,9% per il paziente e 23,1% per la struttura;
- psichiatria: 57,1% per il paziente e 42,9% per la struttura;
- radiologia: 64,3% positivamente per il paziente; 28,6% positivamente per la struttura; 7,1% positivamente per il medico;
- traumatologia: 75% positivamente per il paziente e 25% positivamente per la struttura;

- urologia: 53,2% positivamente per il paziente; 40,4% positivamente per la struttura; 6,4% positivamente per il medico.

Negli accertamenti che hanno coinvolto i settori di dermatologia, farmacologia e pediatria, l'esito è stato metà delle volte positivo per il paziente e metà per la struttura; mentre nei casi riguardanti ematologia e medicina l'ATP si è sempre concluso positivamente per la struttura.

L'esito prevalentemente positivo per la struttura si è verificato anche negli accertamenti che hanno interessato:

- endocrinologia (83,3% per la struttura; 16,7% per il paziente);
- neonatologia (61,9% per la struttura; 38,1% per il paziente);
- otorinolaringoiatria (61,1% per la struttura; 38,9% per il paziente)
- pneumologia (57,1% per la struttura; 42,9% per il paziente).

**TABELLA 10**

**Esito ATP. Per settore specialistico**  
Anni 2017-2021  
Valori percentuali

Settore specialistico	Risposte				
	Ambiguo	Inammissibile	Positivamente per il medico	Positivamente per il paziente	Positivamente per la struttura
Allergologia	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Anestesia	0,0	0,0	12,5	62,5	25,0
Angiologia	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Audiologia	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Cardiologia	0,0	0,0	0,0	62,5	37,5
Cardiologia	0,0	0,0	3,1	73,5	23,4
Chirurgia	0,0	0,0	3,5	61,2	35,3
Dermatologia	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0
Ematologia	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Endocrinologia	0,0	0,0	0,0	16,7	83,3
Epatologia	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Farmacologia	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0
Fisiatria	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Gastroenterologia	0,0	0,0	0,0	58,5	41,5
Genetica	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Ginecologia	0,0	0,0	8,6	65,5	25,9
Immunoematologia	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Infettivologia	0,0	0,0	0,6	63,1	36,3
Medicina interna	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3
Medicina preventiva	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Nefrologia	0,0	0,0	0,0	66,7	33,3
Neonatologia	0,0	0,0	0,0	38,1	61,9
Neurochirurgia	0,0	1,6	0,0	62,3	36,1
Neurologia	0,0	0,0	2,0	65,3	32,7
Neonatologia	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Odontoiatria	0,0	0,0	14,5	74,0	11,5
Odontostomatologia	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Oftalmologia	0,0	0,0	0,0	77,4	22,6
Oncologia	1,5	0,0	2,9	58,8	36,8
Ortopedia	0,0	0,0	0,9	76,7	22,4
Ostetricia	0,0	0,0	0,0	76,9	23,1

Otorinolaringoiatria	0,0	0,0	0,0	38,9	61,1
Pediatria	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0
Pneumologia	0,0	0,0	0,0	42,9	57,1
Psichiatria	0,0	0,0	0,0	57,1	42,9
Radiologia	0,0	0,0	7,1	64,3	28,6
Rianimazione	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Tossicologia	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Traumatologia	0,0	0,0	0,0	75,0	25,0
Urologia	0,0	0,0	6,4	53,2	40,4
Altro	0,0	33,3	0,0	41,7	25,0

Fonte: Eurispes.

I 1.380 accertamenti tecnici sono stati presenziati da 21 differenti giudici: il giudice che ne ha presenziati di più ne conta 187 (il 13,6% del totale), seguito da chi ne ha condotti 170 (12,3%), 166 (12%), 140 (10,1%). Quattro giudici hanno preso parte ad una percentuale di ATP compresa fra l'8% e il 7,3% (da 110 a 101 accertamenti), 3 fra il 5,7% e il 3,2% (da 79 a 44 ATP) e 4 fra l'1,9% e l'1,1% (da 26 a 15 ATP). I restanti 6 giudici hanno presenziato ad una quota di accertamenti inferiore all'1% (da 6 a 1; 0,4-0,1%).

**TABELLA 11**

**Giudice**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

N.	Giudice		ATP	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici presenziati)	Numero accertamenti tecnici presenziati	%	
1	1	187	13,6	
2	2	170	12,3	
3	3	166	12,0	
4	4	140	10,1	
5	5	110	8,0	
6	6	106	7,7	
7	7	105	7,6	
8	8	101	7,3	
9	9	79	5,7	
10	10	67	4,9	
11	11	44	3,2	
12	12	26	1,9	
13	13	25	1,8	
14	14	23	1,7	
15	15	15	1,1	
16	16	6	0,4	
17	17	4	0,3	
18	18	2	0,1	
19	18	2	0,1	
20	19	1	0,1	
21	19	1	0,1	
Totale		1.380	100,0	

Nota bene: A ciascun giudice è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

In totale sono stati coinvolti 336 medici legali e, fra questi, quelli che sono stati interpellati con più frequenza contano:

- 62 ATP pari al 4,5% del totale degli accertamenti tecnici (medico legale 1);
- 50 ATP pari al 3,7% (medico legale 2);
- 42 ATP pari al 3,1% (medico legale 3).

Seguono con una frequenza comunque superiore alla media i medici legali che hanno seguito:

- 37 ATP pari al 2,7% (medico legale 4);
- 32 ATP pari al 2,3% (medico legale 5);
- 30 ATP pari al 2,2% (medico legale 6);
- 27 ATP pari al 2% (medico legale 7);
- 26 ATP pari all'1,9% (medico legale 8);
- 3 medici compaiono nell'1,7% dei casi (23 ATP);
- 3 medici nell'1,5% (20 ATP);
- 2 medici nell'1,3% (18 ATP);
- 2 medici nell'1,2% (16 ATP).

18 medici legali (il 5% del totale) coprono nel complesso il 37% degli accertamenti in esame, tutti gli altri medici legali compaiono con una frequenza che va dall'1% allo 0,1% (da 14 a 1 ATP); la maggior parte di essi (il 60,7%) compare in un solo accertamento.

**TABELLA 12**

**Medico legale**  
Anni 2017-2021  
Valori assoluti e percentuali

N.	Medico legale	ATP	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)	Numero accertamenti tecnici	%
1	1	62	4,5
2	2	50	3,7
3	3	42	3,1
4	4	37	2,7
5	5	32	2,3
6	6	30	2,2
7	7	27	2,0
8	8	26	1,9
9	9	23	1,7
10	9	23	1,7
11	9	23	1,7
12	10	20	1,5
13	10	20	1,5
14	10	20	1,5
15	11	18	1,3
16	11	18	1,3
17	12	16	1,2
18	12	16	1,2
19	13	14	1,0
20	14	13	0,9
21	15	11	0,8
22	15	11	0,8
23	16	10	0,7
24	17	10	0,7

25	17	10	0,7
26	17	10	0,7
27	17	10	0,7
28	18	9	0,7
29	18	9	0,7
30	18	9	0,7
31	18	9	0,7
32	19	8	0,6
33	19	8	0,6
34	19	8	0,6
35	19	8	0,6
36	19	8	0,6
37	19	8	0,6
38	19	8	0,6
39	19	8	0,6
40	20	7	0,5
41	20	7	0,5
42	20	7	0,5
43	20	7	0,5
44	20	7	0,5
45	20	7	0,5
46	20	7	0,5
47	21	6	0,4
48	21	6	0,4
49	21	6	0,4
50	21	6	0,4
51	21	6	0,4
52	21	6	0,4
53	21	6	0,4
54	21	6	0,4
55	21	6	0,4
56	21	6	0,4
57	22	5	0,4
58	22	5	0,4
59	22	5	0,4
60	22	5	0,4
61	22	5	0,4
62	22	5	0,4
63	22	5	0,4
64	22	5	0,4
65	22	5	0,4
66	22	5	0,4
67	22	5	0,4
68	22	5	0,4
69	22	5	0,4
70	22	5	0,4
71	22	5	0,4
72	22	5	0,4
73	22	5	0,4
74	22	5	0,4
75	22	5	0,4
76	23	4	0,3
77	23	4	0,3
78	23	4	0,3
79	23	4	0,3
80	23	4	0,3
81	23	4	0,3
82	23	4	0,3
83	23	4	0,3
84	23	4	0,3
85	23	4	0,3
86	23	4	0,3
87	23	4	0,3
88	23	4	0,3



89	23	4	0,3
90	23	4	0,3
91	23	4	0,3
92	23	4	0,3
93	23	4	0,3
94	23	4	0,3
95	23	4	0,3
96	23	4	0,3
97	23	4	0,3
98	23	4	0,3
99	23	4	0,3
100	23	4	0,3
101	23	4	0,3
102	23	4	0,3
103	23	4	0,3
104	24	3	0,2
105	24	3	0,2
106	24	3	0,2
107	24	3	0,2
108	24	3	0,2
109	24	3	0,2
110	24	3	0,2
111	24	3	0,2
112	24	3	0,2
113	24	3	0,2
114	24	3	0,2
115	24	3	0,2
116	24	3	0,2
117	24	3	0,2
118	24	3	0,2
119	24	3	0,2
120	24	3	0,2
121	24	3	0,2
122	24	3	0,2
123	24	3	0,2
124	24	3	0,2
125	24	3	0,2
126	24	3	0,2
127	24	3	0,2
128	24	3	0,2
129	24	3	0,2
130	24	3	0,2
131	24	3	0,2
132	24	3	0,2
133	24	3	0,2
134	25	2	0,1
135	25	2	0,1
136	25	2	0,1
137	25	2	0,1
138	25	2	0,1
139	25	2	0,1
140	25	2	0,1
141	25	2	0,1
142	25	2	0,1
143	25	2	0,1
144	25	2	0,1
145	25	2	0,1
146	25	2	0,1
147	25	2	0,1
148	25	2	0,1
149	25	2	0,1
150	25	2	0,1
151	25	2	0,1
152	25	2	0,1

153	25	2	0,1
154	25	2	0,1
155	25	2	0,1
156	25	2	0,1
157	25	2	0,1
158	25	2	0,1
159	25	2	0,1
160	25	2	0,1
161	25	2	0,1
162	25	2	0,1
163	25	2	0,1
164	25	2	0,1
165	25	2	0,1
166	25	2	0,1
167	25	2	0,1
168	25	2	0,1
169	25	2	0,1
170	25	2	0,1
171	25	2	0,1
172	25	2	0,1
173	25	2	0,1
174	25	2	0,1
175	25	2	0,1
176	25	2	0,1
177	25	2	0,1
178	25	2	0,1
179	25	2	0,1
180	25	2	0,1
181	25	2	0,1
182	25	2	0,1
183	25	2	0,1
184	25	2	0,1
185	25	2	0,1
186	25	2	0,1
187	25	2	0,1
188	26	1	0,1
189	26	1	0,1
190	26	1	0,1
191	26	1	0,1
192	26	1	0,1
193	26	1	0,1
194	26	1	0,1
195	26	1	0,1
196	26	1	0,1
197	26	1	0,1
198	26	1	0,1
199	26	1	0,1
200	26	1	0,1
201	26	1	0,1
202	26	1	0,1
203	26	1	0,1
204	26	1	0,1
205	26	1	0,1
206	26	1	0,1
207	26	1	0,1
208	26	1	0,1
209	26	1	0,1
210	26	1	0,1
211	26	1	0,1
212	26	1	0,1
213	26	1	0,1
214	26	1	0,1
215	26	1	0,1
216	26	1	0,1

217	26	1	0,1
218	26	1	0,1
219	26	1	0,1
220	26	1	0,1
221	26	1	0,1
222	26	1	0,1
223	26	1	0,1
224	26	1	0,1
225	26	1	0,1
226	26	1	0,1
227	26	1	0,1
228	26	1	0,1
229	26	1	0,1
230	26	1	0,1
231	26	1	0,1
232	26	1	0,1
233	26	1	0,1
234	26	1	0,1
235	26	1	0,1
236	26	1	0,1
237	26	1	0,1
238	26	1	0,1
239	26	1	0,1
240	26	1	0,1
241	26	1	0,1
242	26	1	0,1
243	26	1	0,1
244	26	1	0,1
245	26	1	0,1
246	26	1	0,1
247	26	1	0,1
248	26	1	0,1
249	26	1	0,1
250	26	1	0,1
251	26	1	0,1
252	26	1	0,1
253	26	1	0,1
254	26	1	0,1
255	26	1	0,1
256	26	1	0,1
257	26	1	0,1
258	26	1	0,1
259	26	1	0,1
260	26	1	0,1
261	26	1	0,1
262	26	1	0,1
263	26	1	0,1
264	26	1	0,1
265	26	1	0,1
266	26	1	0,1
267	26	1	0,1
268	26	1	0,1
269	26	1	0,1
270	26	1	0,1
271	26	1	0,1
272	26	1	0,1
273	26	1	0,1
274	26	1	0,1
275	26	1	0,1
276	26	1	0,1
277	26	1	0,1
278	26	1	0,1
279	26	1	0,1
280	26	1	0,1

281	26	1	0,1
282	26	1	0,1
283	26	1	0,1
284	26	1	0,1
285	26	1	0,1
286	26	1	0,1
287	26	1	0,1
288	26	1	0,1
289	26	1	0,1
290	26	1	0,1
291	26	1	0,1
292	26	1	0,1
293	26	1	0,1
294	26	1	0,1
295	26	1	0,1
296	26	1	0,1
297	26	1	0,1
298	26	1	0,1
299	26	1	0,1
300	26	1	0,1
301	26	1	0,1
302	26	1	0,1
303	26	1	0,1
304	26	1	0,1
305	26	1	0,1
306	26	1	0,1
307	26	1	0,1
308	26	1	0,1
309	26	1	0,1
310	26	1	0,1
311	26	1	0,1
312	26	1	0,1
313	26	1	0,1
314	26	1	0,1
315	26	1	0,1
316	26	1	0,1
317	26	1	0,1
318	26	1	0,1
319	26	1	0,1
320	26	1	0,1
321	26	1	0,1
322	26	1	0,1
323	26	1	0,1
324	26	1	0,1
325	26	1	0,1
326	26	1	0,1
327	26	1	0,1
328	26	1	0,1
329	26	1	0,1
330	26	1	0,1
331	26	1	0,1
332	26	1	0,1
333	26	1	0,1
334	26	1	0,1
335	26	1	0,1
336	26	1	0,1
Totale		1.366	100,0

Nota bene: A ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Il nome dello specialista è disponibile per 1.144 accertamenti su 1.382 ed in totale sono stati consultati 351 specialisti. Anche in

questo caso emerge una distribuzione abbastanza omogenea della frequenza con la quale ciascuno specialista è stato interpellato, ma alcuni medici compaiono con più frequenza rispetto alla media:

- 1 specialista compare in 55 accertamenti (4,8% del totale degli ATP);
- 1 specialista compare in 32 accertamenti (2,8%);
- 1 specialista è presente in 23 accertamenti (2%);
- 2 specialisti in 22 (1,9%);
- 1 specialista in 21 (1,8%).
- 15 specialisti sono stati chiamati con una frequenza compresa fra l'1,7% e l'1% (da 19 a 11 ATP).

I restanti 330 medici compaiono con una casistica compresa fra lo 0,9 e lo 0,1%:

- 4 specialisti sono stati interpellati in 10 accertamenti (0,9%);
- 4 specialisti sono stati interpellati in 9 accertamenti (0,8%);
- 5 specialisti sono stati interpellati in 8 accertamenti (0,7%);
- 8 specialisti sono stati interpellati in 7 accertamenti (0,6%);
- 10 specialisti sono stati interpellati in 6 accertamenti (0,5%);
- 13 specialisti sono stati interpellati in 5 accertamenti (0,4%);
- 45 specialisti sono stati interpellati in 3-4 accertamenti (0,3%);
- 58 specialisti sono stati interpellati in 2 accertamenti (0,2%);
- 183 specialisti sono stati interpellati in 1 accertamento (0,1%).

**TABELLA 13**

**Specialista**  
Anni 2017-2021  
Valori assoluti e percentuali

N.	Specialista	ATP	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)	Numero accertamenti tecnici	%
1	1	55	4,8
2	2	32	2,8
3	3	23	2
4	4	22	1,9
5	4	22	1,9
6	5	21	1,8
7	6	19	1,7
8	6	19	1,7
9	6	19	1,7
10	7	17	1,5
11	7	17	1,5
12	8	16	1,4
13	9	15	1,3
14	10	14	1,2
15	11	13	1,1
16	11	13	1,1
17	12	11	1
18	12	11	1
19	12	11	1

20	12	11	1
21	12	11	1
22	13	10	0,9
23	13	10	0,9
24	13	10	0,9
25	13	10	0,9
26	14	9	0,8
27	14	9	0,8
28	14	9	0,8
29	14	9	0,8
30	15	8	0,7
31	15	8	0,7
32	15	8	0,7
33	15	8	0,7
34	15	8	0,7
35	16	7	0,6
36	16	7	0,6
37	16	7	0,6
38	16	7	0,6
39	16	7	0,6
40	16	7	0,6
41	16	7	0,6
42	16	7	0,6
43	17	6	0,5
44	17	6	0,5
45	17	6	0,5
46	17	6	0,5
47	17	6	0,5
48	17	6	0,5
49	17	6	0,5
50	17	6	0,5
51	17	6	0,5
52	17	6	0,5
53	18	5	0,4
54	18	5	0,4
55	18	5	0,4
56	18	5	0,4
57	18	5	0,4
58	18	5	0,4
59	18	5	0,4
60	18	5	0,4
61	18	5	0,4
62	18	5	0,4
63	18	5	0,4
64	18	5	0,4
65	18	5	0,4
66	19	4	0,3
67	19	4	0,3
68	19	4	0,3
69	19	4	0,3
70	19	4	0,3
71	19	4	0,3
72	19	4	0,3
73	19	4	0,3
74	19	4	0,3
75	19	4	0,3
76	19	4	0,3
77	19	4	0,3
78	19	4	0,3
79	19	4	0,3
80	19	4	0,3
81	19	4	0,3
82	19	4	0,3
83	19	4	0,3

84	19	4	0,3
85	19	4	0,3
86	20	3	0,3
87	20	3	0,3
88	20	3	0,3
89	20	3	0,3
90	20	3	0,3
91	20	3	0,3
92	20	3	0,3
93	20	3	0,3
94	20	3	0,3
95	20	3	0,3
96	20	3	0,3
97	20	3	0,3
98	20	3	0,3
99	20	3	0,3
100	20	3	0,3
101	20	3	0,3
102	20	3	0,3
103	20	3	0,3
104	20	3	0,3
105	20	3	0,3
106	20	3	0,3
107	20	3	0,3
108	20	3	0,3
109	20	3	0,3
110	20	3	0,3
111	21	2	0,2
112	21	2	0,2
113	21	2	0,2
114	21	2	0,2
115	21	2	0,2
116	21	2	0,2
117	21	2	0,2
118	21	2	0,2
119	21	2	0,2
120	21	2	0,2
121	21	2	0,2
122	21	2	0,2
123	21	2	0,2
124	21	2	0,2
125	21	2	0,2
126	21	2	0,2
127	21	2	0,2
128	21	2	0,2
129	21	2	0,2
130	21	2	0,2
131	21	2	0,2
132	21	2	0,2
133	21	2	0,2
134	21	2	0,2
135	21	2	0,2
136	21	2	0,2
137	21	2	0,2
138	21	2	0,2
139	21	2	0,2
140	21	2	0,2
141	21	2	0,2
142	21	2	0,2
143	21	2	0,2
144	21	2	0,2
145	21	2	0,2
146	21	2	0,2
147	21	2	0,2

148	21	2	0,2
149	21	2	0,2
150	21	2	0,2
151	21	2	0,2
152	21	2	0,2
153	21	2	0,2
154	21	2	0,2
155	21	2	0,2
156	21	2	0,2
157	21	2	0,2
158	21	2	0,2
159	21	2	0,2
160	21	2	0,2
161	21	2	0,2
162	21	2	0,2
163	21	2	0,2
164	21	2	0,2
165	21	2	0,2
166	21	2	0,2
167	21	2	0,2
168	21	2	0,2
169	22	1	0,1
170	22	1	0,1
171	22	1	0,1
172	22	1	0,1
173	22	1	0,1
174	22	1	0,1
175	22	1	0,1
176	22	1	0,1
177	22	1	0,1
178	22	1	0,1
179	22	1	0,1
180	22	1	0,1
181	22	1	0,1
182	22	1	0,1
183	22	1	0,1
184	22	1	0,1
185	22	1	0,1
186	22	1	0,1
187	22	1	0,1
188	22	1	0,1
189	22	1	0,1
190	22	1	0,1
191	22	1	0,1
192	22	1	0,1
193	22	1	0,1
194	22	1	0,1
195	22	1	0,1
196	22	1	0,1
197	22	1	0,1
198	22	1	0,1
199	22	1	0,1
200	22	1	0,1
201	22	1	0,1
202	22	1	0,1
203	22	1	0,1
204	22	1	0,1
205	22	1	0,1
206	22	1	0,1
207	22	1	0,1
208	22	1	0,1
209	22	1	0,1
210	22	1	0,1
211	22	1	0,1



212	22	1	0,1
213	22	1	0,1
214	22	1	0,1
215	22	1	0,1
216	22	1	0,1
217	22	1	0,1
218	22	1	0,1
219	22	1	0,1
220	22	1	0,1
221	22	1	0,1
222	22	1	0,1
223	22	1	0,1
224	22	1	0,1
225	22	1	0,1
226	22	1	0,1
227	22	1	0,1
228	22	1	0,1
229	22	1	0,1
230	22	1	0,1
231	22	1	0,1
232	22	1	0,1
233	22	1	0,1
234	22	1	0,1
235	22	1	0,1
236	22	1	0,1
237	22	1	0,1
238	22	1	0,1
239	22	1	0,1
240	22	1	0,1
241	22	1	0,1
242	22	1	0,1
243	22	1	0,1
244	22	1	0,1
245	22	1	0,1
246	22	1	0,1
247	22	1	0,1
248	22	1	0,1
249	22	1	0,1
250	22	1	0,1
251	22	1	0,1
252	22	1	0,1
253	22	1	0,1
254	22	1	0,1
255	22	1	0,1
256	22	1	0,1
257	22	1	0,1
258	22	1	0,1
259	22	1	0,1
260	22	1	0,1
261	22	1	0,1
262	22	1	0,1
263	22	1	0,1
264	22	1	0,1
265	22	1	0,1
266	22	1	0,1
267	22	1	0,1
268	22	1	0,1
269	22	1	0,1
270	22	1	0,1
271	22	1	0,1
272	22	1	0,1
273	22	1	0,1
274	22	1	0,1
275	22	1	0,1

276	22	1	0,1
277	22	1	0,1
278	22	1	0,1
279	22	1	0,1
280	22	1	0,1
281	22	1	0,1
282	22	1	0,1
283	22	1	0,1
284	22	1	0,1
285	22	1	0,1
286	22	1	0,1
287	22	1	0,1
288	22	1	0,1
289	22	1	0,1
290	22	1	0,1
291	22	1	0,1
292	22	1	0,1
293	22	1	0,1
294	22	1	0,1
295	22	1	0,1
296	22	1	0,1
297	22	1	0,1
298	22	1	0,1
299	22	1	0,1
300	22	1	0,1
301	22	1	0,1
302	22	1	0,1
303	22	1	0,1
304	22	1	0,1
305	22	1	0,1
306	22	1	0,1
307	22	1	0,1
308	22	1	0,1
309	22	1	0,1
310	22	1	0,1
311	22	1	0,1
312	22	1	0,1
313	22	1	0,1
314	22	1	0,1
315	22	1	0,1
316	22	1	0,1
317	22	1	0,1
318	22	1	0,1
319	22	1	0,1
320	22	1	0,1
321	22	1	0,1
322	22	1	0,1
323	22	1	0,1
324	22	1	0,1
325	22	1	0,1
326	22	1	0,1
327	22	1	0,1
328	22	1	0,1
329	22	1	0,1
330	22	1	0,1
331	22	1	0,1
332	22	1	0,1
333	22	1	0,1
334	22	1	0,1
335	22	1	0,1
336	22	1	0,1
337	22	1	0,1
338	22	1	0,1
339	22	1	0,1

340	22	1	0,1
341	22	1	0,1
342	22	1	0,1
343	22	1	0,1
344	22	1	0,1
345	22	1	0,1
346	22	1	0,1
347	22	1	0,1
348	22	1	0,1
349	22	1	0,1
350	22	1	0,1
351	22	1	0,1
Totale		1.144	100

Nota bene: a ciascuno specialista è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Il giudice che ha presenziato il maggior numero di accertamenti (184) ha interpellato 84 medici; in particolare si è rivolto allo stesso medico nell'11,4% delle ATP di sua competenza (21 volte); due dottori sono stati chiamati per 13 accertamenti (7,1%), uno per 9 ATP (4,9%) e uno per 6 (3,3%), quattro medici hanno partecipato a 5 ATP (2,7%) e altrettanti a 3 ATP (1,6%); 17 medici legali sono stati chiamati due volte e i restanti 53 una sola volta.

**TABELLA 14**

**Medico legale. Per giudice 1**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Numero medico interpellato	Medico legale		Giudice 1	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)		Numero accertamenti tecnici	%
1	1		21	11,4
2	2		13	7,1
3	2		13	7,1
4	3		9	4,9
5	4		6	3,3
6	5		5	2,7
7	5		5	2,7
8	5		5	2,7
9	5		5	2,7
10	6		3	1,6
11	6		3	1,6
12	6		3	1,6
13	6		3	1,6
14	6		3	1,6
15	7		2	1,1
16	7		2	1,1
17	7		2	1,1
18	7		2	1,1
19	7		2	1,1
20	7		2	1,1
21	7		2	1,1
22	7		2	1,1
23	7		2	1,1
24	7		2	1,1
25	7		2	1,1
26	7		2	1,1

27	7	2	1,1
28	7	2	1,1
29	7	2	1,1
30	7	2	1,1
31	7	2	1,1
32	8	1	0,5
33	8	1	0,5
34	8	1	0,5
35	8	1	0,5
36	8	1	0,5
37	8	1	0,5
38	8	1	0,5
39	8	1	0,5
40	8	1	0,5
41	8	1	0,5
42	8	1	0,5
43	8	1	0,5
44	8	1	0,5
45	8	1	0,5
46	8	1	0,5
47	8	1	0,5
48	8	1	0,5
49	8	1	0,5
50	8	1	0,5
51	8	1	0,5
52	8	1	0,5
53	8	1	0,5
54	8	1	0,5
55	8	1	0,5
56	8	1	0,5
57	8	1	0,5
58	8	1	0,5
59	8	1	0,5
60	8	1	0,5
61	8	1	0,5
62	8	1	0,5
63	8	1	0,5
64	8	1	0,5
65	8	1	0,5
66	8	1	0,5
67	8	1	0,5
68	8	1	0,5
69	8	1	0,5
70	8	1	0,5
71	8	1	0,5
72	8	1	0,5
73	8	1	0,5
74	8	1	0,5
75	8	1	0,5
76	8	1	0,5
77	8	1	0,5
78	8	1	0,5
79	8	1	0,5
80	8	1	0,5
81	8	1	0,5
82	8	1	0,5
83	8	1	0,5
84	8	1	0,5
Totale		184	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Il secondo giudice, per 169 accertamenti ha interpellato 57 medici legali. Di questi 29 hanno preso parte ad un solo ATP (0,6%), 15 a due ATP (1,2%), 1 a tre ATP, 3 a quattro ATP (2,4%) e altri 3 a cinque (3%). Il medico legale chiamato più spesso in causa è stato interpellato in 16 ATP (pari al 9,5% del totale), seguito da un medico chiamato per 15 ATP (8,9%), uno per 14 ATP (8,3%), due dottori per 12 ATP (7,1%) e infine un medico per 11 accertamenti (6,5%).

**TABELLA 15**

**Medico legale. Per giudice 2**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Numero medico interpellato	Medico legale		Giudice 2	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)		Numero accertamenti tecnici	%
1		1	16	9,5
2		2	15	8,9
3		3	14	8,3
4		4	12	7,1
5		5	12	7,1
6		6	11	6,5
7		7	5	3,0
8		7	5	3,0
9		7	5	3,0
10		8	4	2,4
11		8	4	2,4
12		8	4	2,4
13		9	3	1,8
14		10	2	1,2
15		10	2	1,2
16		10	2	1,2
17		10	2	1,2
18		10	2	1,2
19		10	2	1,2
20		10	2	1,2
21		10	2	1,2
22		10	2	1,2
23		10	2	1,2
24		10	2	1,2
25		10	2	1,2
26		10	2	1,2
27		10	2	1,2
28		10	2	1,2
29		11	1	0,6
30		11	1	0,6
31		11	1	0,6
32		11	1	0,6
33		11	1	0,6
34		11	1	0,6
35		11	1	0,6
36		11	1	0,6
37		11	1	0,6
38		11	1	0,6
39		11	1	0,6
40		11	1	0,6
41		11	1	0,6
42		11	1	0,6
43		11	1	0,6

44	11	1	0,6
45	11	1	0,6
46	11	1	0,6
47	11	1	0,6
48	11	1	0,6
49	11	1	0,6
50	11	1	0,6
51	11	1	0,6
52	11	1	0,6
53	11	1	0,6
54	11	1	0,6
55	11	1	0,6
56	11	1	0,6
57	11	1	0,6
Totale		169	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Per il giudice che ha presenziato 166 accertamenti (medico legale disponibile per 164 di questi) risulta ben distribuita la frequenza con cui ha interpellato i differenti medici legali. Nove medici sono stati chiamati per 3 ATP (1,8%), venticinque per 2 ATP (1,2%) e ottantasette per 1 solo ATP (0,6%).

#### TABELLA 16

##### Medico legale. Per giudice 3

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Numero medico interpellato	Medico legale		Giudice 3	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)		Numero accertamenti tecnici	%
1	1		3	1,8
2	1		3	1,8
3	1		3	1,8
4	1		3	1,8
5	1		3	1,8
6	1		3	1,8
7	1		3	1,8
8	1		3	1,8
9	1		3	1,8
10	2		2	1,2
11	2		2	1,2
12	2		2	1,2
13	2		2	1,2
14	2		2	1,2
15	2		2	1,2
16	2		2	1,2
17	2		2	1,2
18	2		2	1,2
19	2		2	1,2
20	2		2	1,2
21	2		2	1,2
22	2		2	1,2
23	2		2	1,2
24	2		2	1,2
25	2		2	1,2
26	2		2	1,2
27	2		2	1,2
28	2		2	1,2
29	2		2	1,2

30		2	2	1,2
31		2	2	1,2
32		2	2	1,2
33		2	2	1,2
34		2	2	1,2
35		3	1	0,6
36		3	1	0,6
37		3	1	0,6
38		3	1	0,6
39		3	1	0,6
40		3	1	0,6
41		3	1	0,6
42		3	1	0,6
43		3	1	0,6
44		3	1	0,6
45		3	1	0,6
46		3	1	0,6
47		3	1	0,6
48		3	1	0,6
49		3	1	0,6
50		3	1	0,6
51		3	1	0,6
52		3	1	0,6
53		3	1	0,6
54		3	1	0,6
55		3	1	0,6
56		3	1	0,6
57		3	1	0,6
58		3	1	0,6
59		3	1	0,6
60		3	1	0,6
61		3	1	0,6
62		3	1	0,6
63		3	1	0,6
64		3	1	0,6
65		3	1	0,6
66		3	1	0,6
67		3	1	0,6
68		3	1	0,6
69		3	1	0,6
70		3	1	0,6
71		3	1	0,6
72		3	1	0,6
73		3	1	0,6
74		3	1	0,6
75		3	1	0,6
76		3	1	0,6
77		3	1	0,6
78		3	1	0,6
79		3	1	0,6
80		3	1	0,6
81		3	1	0,6
82		3	1	0,6
83		3	1	0,6
84		3	1	0,6
85		3	1	0,6
86		3	1	0,6
87		3	1	0,6
88		3	1	0,6
89		3	1	0,6
90		3	1	0,6
91		3	1	0,6
92		3	1	0,6
93		3	1	0,6

94	3	1	0,6
95	3	1	0,6
96	3	1	0,6
97	3	1	0,6
98	3	1	0,6
99	3	1	0,6
100	3	1	0,6
101	3	1	0,6
102	3	1	0,6
103	3	1	0,6
104	3	1	0,6
105	3	1	0,6
106	3	1	0,6
107	3	1	0,6
108	3	1	0,6
109	3	1	0,6
110	3	1	0,6
111	3	1	0,6
112	3	1	0,6
113	3	1	0,6
114	3	1	0,6
115	3	1	0,6
116	3	1	0,6
117	3	1	0,6
118	3	1	0,6
119	3	1	0,6
120	3	1	0,6
121	3	1	0,6
Totale		164	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Il quarto giudice ha chiamato lo stesso medico legale per 13 dei suoi 140 accertamenti, con una frequenza del 9,3%; un medico è stato interpellato per 9 ATP (6,4%), e due per 6 ATP ciascuno (4,3%). Quattro medici hanno partecipato a 5 ATP (3,6%) e altri quattro a 4 ATP (2,9%). Sono nove i medici legali che hanno preso parte a 3 accertamenti, dieci quelli che ne hanno condotti due e ventitré uno solo.

**TABELLA 17**

**Medico legale. Per giudice 4**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Numero medico interpellato	Medico legale		Giudice 4	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)		Numero accertamenti tecnici	%
1		1	13	9,3
2		2	9	6,4
3		3	6	4,3
4		3	6	4,3
5		4	5	3,6
6		4	5	3,6
7		4	5	3,6
8		4	5	3,6
9		5	4	2,9
10		5	4	2,9
11		5	4	2,9



12	5	4	2,9
13	6	3	2,1
14	6	3	2,1
15	6	3	2,1
16	6	3	2,1
17	6	3	2,1
18	6	3	2,1
19	6	3	2,1
20	6	3	2,1
21	6	3	2,1
22	7	2	1,4
23	7	2	1,4
24	7	2	1,4
25	7	2	1,4
26	7	2	1,4
27	7	2	1,4
28	7	2	1,4
29	7	2	1,4
30	7	2	1,4
31	7	2	1,4
32	8	1	0,7
33	8	1	0,7
34	8	1	0,7
35	8	1	0,7
36	8	1	0,7
37	8	1	0,7
38	8	1	0,7
39	8	1	0,7
40	8	1	0,7
41	8	1	0,7
42	8	1	0,7
43	8	1	0,7
44	8	1	0,7
45	8	1	0,7
46	8	1	0,7
47	8	1	0,7
48	8	1	0,7
49	8	1	0,7
50	8	1	0,7
51	8	1	0,7
52	8	1	0,7
53	8	1	0,7
54	8	1	0,7
Totale		140	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Il giudice che ha presenziato 110 accertamenti si è rivolto ad un totale di 22 medici legali. Un dottore è stato interpellato nel 20,9% dei casi (23 ATP), un altro nel 19,1% (21 ATP) e uno nel 13,6% (15 ATP). Nel complesso questi tre medici hanno partecipato al 53,6% degli accertamenti di questo giudice; seguono i medici con 8 e 7 ATP (7,3% e 6,4%). Quattro medici legali hanno preso parte al 2,7% di accertamenti ciascuno (3 ATP) e tre all'1,8% (2 ATP), mentre nove solo ad un ATP.

**TABELLA 18****Medico legale. Per giudice 5**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Medico legale		Giudice 5	
Numero medico interpellato	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)	Numero accertamenti tecnici	%
1	1	23	20,9
2	2	21	19,1
3	3	15	13,6
4	4	9	8,2
5	5	8	7,3
6	6	7	6,4
7	7	3	2,7
8	7	3	2,7
9	7	3	2,7
10	7	3	2,7
11	8	2	1,8
12	8	2	1,8
13	8	2	1,8
14	9	1	0,9
15	9	1	0,9
16	9	1	0,9
17	9	1	0,9
18	9	1	0,9
19	9	1	0,9
20	9	1	0,9
21	9	1	0,9
22	9	1	0,9
Totale		110	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

La frequenza con cui il sesto giudice ha interpellato i medici legali nei 104 accertamenti è ben distribuita, con un massimo del 4,8% per uno di essi (5 ATP). Tre medici sono stati chiamati 4 volte (3,8%); sei 3 volte (2,9%) e otto 2 volte (1,9%); tutti gli altri medici legali una sola volta.

**TABELLA 19****Medico legale. Per giudice 6**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Medico legale		Giudice 6	
Numero medico interpellato	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)	Numero accertamenti tecnici	%
1	1	5	4,8
2	2	4	3,8
3	2	4	3,8
4	2	4	3,8
5	3	3	2,9
6	3	3	2,9
7	3	3	2,9
8	3	3	2,9
9	3	3	2,9
10	3	3	2,9
11	4	2	1,9

12	4	2	1,9
13	4	2	1,9
14	4	2	1,9
15	4	2	1,9
16	4	2	1,9
17	4	2	1,9
18	4	2	1,9
19	5	1	1,0
20	5	1	1,0
21	5	1	1,0
22	5	1	1,0
23	5	1	1,0
24	5	1	1,0
25	5	1	1,0
26	5	1	1,0
27	5	1	1,0
28	5	1	1,0
29	5	1	1,0
30	5	1	1,0
31	5	1	1,0
32	5	1	1,0
33	5	1	1,0
34	5	1	1,0
35	5	1	1,0
36	5	1	1,0
37	5	1	1,0
38	5	1	1,0
39	5	1	1,0
40	5	1	1,0
41	5	1	1,0
42	5	1	1,0
43	5	1	1,0
44	5	1	1,0
45	5	1	1,0
46	5	1	1,0
47	5	1	1,0
48	5	1	1,0
49	5	1	1,0
50	5	1	1,0
51	5	1	1,0
52	5	1	1,0
53	5	1	1,0
54	5	1	1,0
55	5	1	1,0
56	5	1	1,0
57	5	1	1,0
58	5	1	1,0
59	5	1	1,0
60	5	1	1,0
61	5	1	1,0
62	5	1	1,0
63	5	1	1,0
64	5	1	1,0
65	5	1	1,0
66	5	1	1,0
67	5	1	1,0
68	5	1	1,0
69	5	1	1,0
70	5	1	1,0
71	5	1	1,0
<i>Totale</i>		104	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Un giudice ha presenziato 105 accertamenti avvalendosi in totale di 59 medici legali. Si è rivolto massimo otto volte allo stesso medico (7,6%), un medico è stato chiamato per 7 ATP (6,7%), uno per 6 (5,7%) e uno per 5 (4,8%). Due medici sono stati interpellati in quattro ATP ciascuno (3,8%), tre in tre ATP (2,9%) e dodici in due ATP (1,9%), i restanti 38 medici hanno preso parte ad un solo accertamento.

**TABELLA 20**

**Medico legale. Per giudice 7**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Numero medico interpellato	Medico legale		Giudice 7	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)	Numero accertamenti tecnici	%	
1	1	8	7,6	
2	2	7	6,7	
3	3	6	5,7	
4	4	5	4,8	
5	5	4	3,8	
6	5	4	3,8	
7	6	3	2,9	
8	6	3	2,9	
9	6	3	2,9	
10	7	2	1,9	
11	7	2	1,9	
12	7	2	1,9	
13	7	2	1,9	
14	7	2	1,9	
15	7	2	1,9	
16	7	2	1,9	
17	7	2	1,9	
18	7	2	1,9	
19	7	2	1,9	
20	7	2	1,9	
21	7	2	1,9	
22	8	1	1,0	
23	8	1	1,0	
24	8	1	1,0	
25	8	1	1,0	
26	8	1	1,0	
27	8	1	1,0	
28	8	1	1,0	
29	8	1	1,0	
30	8	1	1,0	
31	8	1	1,0	
32	8	1	1,0	
33	8	1	1,0	
34	8	1	1,0	
35	8	1	1,0	
36	8	1	1,0	
37	8	1	1,0	
38	8	1	1,0	
39	8	1	1,0	
40	8	1	1,0	
41	8	1	1,0	
42	8	1	1,0	

43	8	1	1,0
44	8	1	1,0
45	8	1	1,0
46	8	1	1,0
47	8	1	1,0
48	8	1	1,0
49	8	1	1,0
50	8	1	1,0
51	8	1	1,0
52	8	1	1,0
53	8	1	1,0
54	8	1	1,0
55	8	1	1,0
56	8	1	1,0
57	8	1	1,0
58	8	1	1,0
59	8	1	1,0
Totale		105	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Risulta equamente distribuita la frequenza con cui l'ottavo giudice si è rivolto ai differenti medici legali nei suoi 101 accertamenti, con un massimo di 3 volte per un dottore, alcuni medici (12) sono stati chiamati 2 volte e la maggior parte (74) una volta sola.

**TABELLA 21**

**Medico legale. Per giudice 8**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Numero medico interpellato	Medico legale		Giudice 8	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)		Numero accertamenti tecnici	%
1	1		3	3,0
2	2		2	2,0
3	2		2	2,0
4	2		2	2,0
5	2		2	2,0
6	2		2	2,0
7	2		2	2,0
8	2		2	2,0
9	2		2	2,0
10	2		2	2,0
11	2		2	2,0
12	2		2	2,0
13	2		2	2,0
14	3		1	1,0
15	3		1	1,0
16	3		1	1,0
17	3		1	1,0
18	3		1	1,0
19	3		1	1,0
20	3		1	1,0
21	3		1	1,0
22	3		1	1,0
23	3		1	1,0
24	3		1	1,0
25	3		1	1,0
26	3		1	1,0
27	3		1	1,0

28	3	1	1,0
29	3	1	1,0
30	3	1	1,0
31	3	1	1,0
32	3	1	1,0
33	3	1	1,0
34	3	1	1,0
35	3	1	1,0
36	3	1	1,0
37	3	1	1,0
38	3	1	1,0
39	3	1	1,0
40	3	1	1,0
41	3	1	1,0
42	3	1	1,0
43	3	1	1,0
44	3	1	1,0
45	3	1	1,0
46	3	1	1,0
47	3	1	1,0
48	3	1	1,0
49	3	1	1,0
50	3	1	1,0
51	3	1	1,0
52	3	1	1,0
53	3	1	1,0
54	3	1	1,0
55	3	1	1,0
56	3	1	1,0
57	3	1	1,0
58	3	1	1,0
59	3	1	1,0
59	3	1	1,0
61	3	1	1,0
62	3	1	1,0
63	3	1	1,0
64	3	1	1,0
65	3	1	1,0
66	3	1	1,0
67	3	1	1,0
68	3	1	1,0
69	3	1	1,0
70	3	1	1,0
71	3	1	1,0
72	3	1	1,0
73	3	1	1,0
74	3	1	1,0
75	3	1	1,0
76	3	1	1,0
77	3	1	1,0
78	3	1	1,0
79	3	1	1,0
80	3	1	1,0
81	3	1	1,0
82	3	1	1,0
83	3	1	1,0
84	3	1	1,0
85	3	1	1,0
86	3	1	1,0
87	3	1	1,0
Totale		101	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Un giudice ha presenziato a 79 ATP rivolgendosi a 37 medici legali. Nel 9,3% dei casi si è rivolto allo stesso medico e nell'8% ad un altro. Quattro dottori sono stati interpellati nel 5,4% degli accertamenti; altri quattro nel 3,9%. 7 medici legali compaiono nel 2,6% degli accertamenti e 19 nell'1,3%.

**TABELLA 22**

**Medico Legale. Per Giudice 9**  
Valori assoluti e percentuali  
Anni 2017-2021

Numero medico interpellato	Medico legale		Giudice 9	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)		Numero accertamenti tecnici	%
1		1	7	9,3
2		2	6	8,0
3		3	4	5,4
4		3	4	5,4
5		3	4	5,4
6		3	4	5,4
7		4	3	3,9
8		4	3	3,9
9		4	3	3,9
10		4	3	3,9
11		5	2	2,6
12		5	2	2,6
13		5	2	2,6
14		5	2	2,6
15		5	2	2,6
16		5	2	2,6
17		5	2	2,6
18		5	2	2,6
19		6	1	1,3
20		6	1	1,3
21		6	1	1,3
22		6	1	1,3
23		6	1	1,3
24		6	1	1,3
25		6	1	1,3
26		6	1	1,3
27		6	1	1,3
28		6	1	1,3
29		6	1	1,3
30		6	1	1,3
31		6	1	1,3
32		6	1	1,3
33		6	1	1,3
34		6	1	1,3
35		6	1	1,3
36		6	1	1,3
37		6	1	1,3
Totale			76	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Il decimo giudice per il 35,4% dei suoi 65 accertamenti (23 ATP) si è rivolto allo stesso medico legale e ad un altro per il 29,2%

(19 ATP); questi due medici hanno dunque nel complesso condotto il 64,6% degli accertamenti presenziati dal questo giudice. Un dottore ha preso parte a 4 accertamenti (6,2%), uno a 3 (4,6%) e uno a 2 (3,1%) e 14 medici legali ad uno solo.

**TABELLA 23**

**Medico legale. Per giudice 10**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Numero medico interpellato	Medico legale		Giudice 10	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)		Numero accertamenti tecnici	%
1		1	23	35,4
2		2	19	29,2
3		3	4	6,2
4		4	3	4,6
5		5	2	3,1
6		6	1	1,5
7		6	1	1,5
8		6	1	1,5
9		6	1	1,5
10		6	1	1,5
11		6	1	1,5
12		6	1	1,5
13		6	1	1,5
14		6	1	1,5
15		6	1	1,5
16		6	1	1,5
17		6	1	1,5
18		6	1	1,5
19		6	1	1,5
Totale			65	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Il giudice che ha presenziato 43 ATP si è avvalso il 9,3% delle volte dello stesso medico (4 ATP); il 7% di un altro (3 ATP), mentre cinque dottori sono stati chiamati per 2 ATP ciascuno (4,7%); gli altri medici sono stati chiamati una sola volta.

**TABELLA 24**

**Medico legale. Per giudice 11**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Numero medico interpellato	Medico legale		Giudice 11	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)		Numero accertamenti tecnici	%
1		1	4	9,3
2		2	3	7,0
3		3	2	4,7
4		3	2	4,7
5		3	2	4,7
6		3	2	4,7
7		3	2	4,7
8		4	1	2,3



9	4	1	2,3
10	4	1	2,3
11	4	1	2,3
12	4	1	2,3
13	4	1	2,3
14	4	1	2,3
15	4	1	2,3
16	4	1	2,3
17	4	1	2,3
18	4	1	2,3
19	4	1	2,3
20	4	1	2,3
21	4	1	2,3
22	4	1	2,3
23	4	1	2,3
24	4	1	2,3
25	4	1	2,3
26	4	1	2,3
27	4	1	2,3
28	4	1	2,3
29	4	1	2,3
30	4	1	2,3
31	4	1	2,3
32	4	1	2,3
33	4	1	2,3
Totale		43	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.  
Fonte: Eurispes.

Il dodicesimo giudice nelle sue 26 ATP ha interpellato al massimo tre volte (11,5%) lo stesso medico legale (2 dottori); 5 medici sono stati chiamati due volte (7,7%) e 10 una sola volta.

**TABELLA 25**

**Medico legale. Per giudice 12**  
Anni 2017-2021  
Valori assoluti e percentuali

Numero medico interpellato	Medico legale		Giudice 12	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)		Numero accertamenti tecnici	%
1	1		3	11,5
2	1		3	11,5
3	2		2	7,7
4	2		2	7,7
5	2		2	7,7
6	2		2	7,7
7	2		2	7,7
8	3		1	3,8
9	4		1	3,8
10	4		1	3,8
11	4		1	3,8
12	4		1	3,8
13	4		1	3,8
14	4		1	3,8
15	4		1	3,8
16	4		1	3,8
17	4		1	3,8
Totale			26	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.  
Fonte: Eurispes.

Un giudice ha presenziato a 25 ATP e per 9 di queste si è rivolto allo stesso medico legale (36%); due sono stati interpellati due volte ciascuno (8%), tutti gli altri una volta sola (4%).

**TABELLA 26**

**Medico legale. Per giudice 13**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Medico legale		Giudice 13	
Numero medico interpellato	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)	Numero accertamenti tecnici	%
1	1	9	36,0
2	2	2	8,0
3	2	2	8,0
4	3	1	4,0
5	3	1	4,0
6	3	1	4,0
7	3	1	4,0
8	3	1	4,0
9	3	1	4,0
10	3	1	4,0
11	3	1	4,0
12	3	1	4,0
13	3	1	4,0
14	3	1	4,0
15	3	1	4,0
Totale		25	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Il quattordicesimo giudice per gli accertamenti di sua competenza (in tutto 23) si è avvalso al massimo due volte dello stesso medico legale.

**TABELLA 27**

**Medico legale. Per giudice 14**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Medico legale		Giudice 14	
Numero medico interpellato	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)	Numero accertamenti tecnici	%
1	1	2	9,5
2	1	2	9,5
3	1	2	9,5
4	1	2	9,5
5	1	2	9,5
6	2	1	4,8
7	2	1	4,8
8	2	1	4,8
9	2	1	4,8
10	2	1	4,8
11	2	1	4,8
12	2	1	4,8
13	2	1	4,8
14	2	1	4,8

15	2	1	4,8
16	2	1	4,8
Totale		21	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Il giudice che ha condotto 15 ATP, ha interpellato quasi sempre medici legali differenti, ad eccezione di due medici che sono stati coinvolti in due accertamenti ciascuno (13,3%).

**TABELLA 28**

**Medico legale. Per giudice 15**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Numero medico interpellato	Medico legale		Giudice 15	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)		Numero accertamenti tecnici	%
1	1		2	13,3
2	1		2	13,3
3	2		1	6,7
4	2		1	6,7
5	2		1	6,7
6	2		1	6,7
7	2		1	6,7
8	2		1	6,7
9	2		1	6,7
10	2		1	6,7
11	2		1	6,7
12	2		1	6,7
13	2		1	6,7
Totale			15	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Su sei ATP il sedicesimo si è rivolto la metà delle volte allo stesso medico legale (3 ATP; 50%), per gli altri tre accertamenti è stato chiamato ogni volta un medico legale differente.

**TABELLA 29**

**Medico legale. Per giudice 16**

Anni 2017-2021

Valori assoluti e percentuali

Numero medico interpellato	Medico legale		Giudice 16	
	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)		Numero accertamenti tecnici	%
1	1		3	50,0
2	2		1	16,7
3	2		1	16,7
4	2		1	16,7
Totale			6	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Un giudice ha presenziato 4 accertamenti ciascuno con un differente medico legale.

**TABELLA 30**

**Medico legale. Per giudice 17**  
Anni 2017-2021  
Valori assoluti e percentuali

Medico legale		Giudice 17	
Numero medico interpellato	Posizione (Graduatoria per numero di accertamenti tecnici)	Numero accertamenti tecnici	%
1	1	1	25,0
2	1	1	25,0
3	1	1	25,0
4	1	1	25,0
Totale		4	100,0

Nota bene: a ciascun medico è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

Degli ultimi quattro giudici, due hanno condotto 2 ATP rivolgendosi a due differenti medici legali e due hanno presenziato ad un solo accertamento.

Guardando alla frequenza con cui il medico era personalmente coinvolto, calcolata in base al giudice che ha presenziato l'accertamento emerge che:

- il medico non è mai personalmente coinvolto negli accertamenti condotti quattro dei 21 giudici; occorre però ricordare il numero esiguo di ATP cui hanno partecipato questi giudici (massimo 4);
- in tutti gli altri casi nella, maggior parte degli ATP il medico non è risultato personalmente coinvolto (ad eccezione di un caso che registra il 50% per ciascuna opzione – il giudice in questione ha presenziato 2 ATP);
- la percentuale più alta di accertamenti in cui il medico risulta personalmente coinvolto si riscontra fra quelli presenziati dal quindicesimo giudice (46,7% per 15 ATP), seguito con distacco dal dodicesimo (38,5% per 26 ATP).

**TABELLA 31**

**Medico personalmente coinvolto. Per giudice**  
Anni 2017-2021  
Valori percentuali

Giudice	Medico personalmente coinvolto		Totale
	Si	No	
1	31,9	68,1	100
2	34,7	65,3	100
3	32,3	67,7	100
4	36,4	63,6	100

5	22,9	77,1	100
6	28,8	71,2	100
7	29,5	70,5	100
8	25,7	74,3	100
9	26,9	73,1	100
10	23,9	76,1	100
11	20,5	79,5	100
12	38,5	61,5	100
13	4,0	96,0	100
14	34,8	65,2	100
15	46,7	53,3	100
16	0,0	100,0	100
17	0,0	100,0	100
18	50,0	50,0	100
19	0,0	100,0	100
20	0,0	100,0	100
21	0,0	100,0	100

Nota bene: a ciascun giudice è stato associato un numero identificativo.

Fonte: Eurispes.

### *Note metodologiche*

L'indagine è stata realizzata attraverso la raccolta dei dati sugli accertamenti tecnici preventivi proposti presso il Tribunale di Roma fra il 1° aprile 2017 e il 31 dicembre 2021.

La raccolta e la repertazione dei dati sono state condotte direttamente presso la XIII Sezione del Tribunale di Roma, tramite la compilazione di un modulario.

Per ciascun accertamento, oltre alle informazioni sul giudice che l'ha condotto, sul medico legale e gli specialisti che hanno composto il Collegio peritale, sono stati censiti i settori specialistici interessati, le tipologie di strutture coinvolte fra pubbliche e private, il coinvolgimento diretto del medico, le chiamate in causa delle assicurazioni e l'esito degli accertamenti.

Gli accertamenti tecnici considerati per la creazione del database sono complessivamente 1.382 (su circa 2.000 fascicoli esaminati), la raccolta dei dati è iniziata a giugno 2022 ed è terminata a settembre 2022.

Partendo dal database così ottenuto, si è proceduto alla predisposizione del software, alla definizione del piano di incroci, alle elaborazioni statistiche ed alla selezione ed analisi degli indicatori maggiormente significativi per la ricerca.



## NOTE IN TEMA DI ACCERTAMENTO TECNICO PREVENTIVO NELLA RESPONSABILITÀ SANITARIA

La legge n. 24, dell'8 marzo 2017, sulla sicurezza delle cure e la responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie è oramai giunta al sesto anno di applicazione e, sin dalla sua entrata in vigore, ha espresso principi significativi e innovativi in materia di responsabilità sanitaria, all'insegna della tutela del diritto alla salute.

Essa ha prestato un'attenzione particolare al rapporto tra medico e paziente, al fine di ristabilire la fiducia del secondo verso il primo, ha sottolineato il valore rilevante delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità e, in quest'ottica, si è soffermata sulla gestione del rischio clinico e sulla sicurezza del paziente, ha evidenziato l'esigenza di fare affidamento sulle raccomandazioni previste dalle linee guida.

Infine, ma non secondario, la legge ha ridisegnato i confini della responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria e della responsabilità civile, distinguendo, a quest'ultimo riguardo, le ipotesi e i presupposti giuridici della responsabilità dell'operatore sanitario e della responsabilità della struttura sanitaria.

Tutte queste misure sono sì servite per superare il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva"<sup>5</sup> – consistente in una serie di comportamenti tenuti dall'operatore sanitario nei confronti del paziente con il solo fine di evitare il rischio della insorgenza dei contenziosi civili e penali a carico del medico e/o della struttura sanitaria – ma sono state previste soprattutto per assicurare la tutela del diritto alla salute quale diritto fondamentale della persona costituzionalmente protetto.

E per assicurare il raggiungimento delle finalità poste dal legislatore, occorre dare agli operatori sanitari certezza in ordine ai loro rapporti giuridici con i pazienti e, in particolare, in ordine al

---

<sup>5</sup> Alpa (a cura di), *La responsabilità sanitaria. Commento alla L. 8 marzo 2017, n. 24*, Pacini Giuridica, 2022; Simonetti, *Medicina difensiva*, Idelson-Gnocchi, 2015; Mariotti, Genovese, *Responsabilità sanitaria e medicina difensiva*, Maggioli editore, 2013; Paliero, Randazzo, Danesino, Buzzi, «Cause e mezzi» della medicina difensiva: riflessioni medico-legali, in *Riv. it. med. leg.*, 2013, pp. 18 ss.; Mariotti, Serpetti, Ferrario, Zoja, Genovese, *La medicina difensiva. Questioni giuridiche, assicurative, medico-legali*, Maggioli editore, 2011.

rapporto fiduciario che, all'epoca dell'entrata in vigore della legge, risultava decisamente compromesso dal rilevante contenzioso promosso a danno degli esercenti l'attività sanitaria.

La valorizzazione della fiducia è fondamentale per una nuova dimensione della medicina, scevra dai connotati negativi della medicina difensiva, che sia orientata esclusivamente alla tutela della salute collettiva dei cittadini rispetto alla quale «la tutela della salute come bene individuale scolora»<sup>6</sup>.

In particolare, l'intervento legislativo ha inteso chiarire i limiti e i soggetti a cui imputare la responsabilità civile in caso di danni derivanti dall'attività sanitaria, nonché l'onere probatorio a cui è assoggettato il paziente che ritenga di aver subito un pregiudizio a causa dell'attività sanitaria.

Le soluzioni interpretative dei casi di *medical malpractice*, che erano spesso contrastanti e non univoche, sono state superate da una legge che ha definito un doppio binario della responsabilità, la quale assume natura contrattuale nel caso di danni derivanti dall'attività compiuta dalla struttura sanitaria, pubblica o privata, e natura extracontrattuale, nel caso di danni commessi dall'operatore sanitario.

Il fenomeno negativo della medicina difensiva è stato contrastato attraverso l'esatta definizione dei confini della responsabilità civile, nonché attraverso la prescrizione di misure processuali che, per la loro natura e la funzione che svolgono, servono ad accelerare il procedimento di accertamento dell'eventuale responsabilità dell'operatore e/o della struttura sanitaria e, in ogni caso, a deflazionare il contenzioso, prevenendo ed evitando le liti temerarie, che si basano su presupposti giuridici infondati o meramente pretestuosi.

Più precisamente, tra le soluzioni preferite dal legislatore per garantire l'equilibrio nei rapporti tra le parti del sistema, medico-paziente-struttura sanitaria, e la tutela della salute e della sicurezza delle cure, spiccano per la loro rilevanza e significatività le seguenti: *a)* la definizione, certa e chiara, della natura extracontrattuale della responsabilità dell'operatore sanitario, secondo i dettami dell'art. 2043 C.c. e della responsabilità contrattuale delle strutture sanitarie ex artt. 1228 e 1218 C.c. (art. 7); *b)* la previsione dell'obbligo di

---

<sup>6</sup> Alpa (a cura di), *La responsabilità sanitaria*. Commento alla L. 8 marzo 2017, n. 24, cit., 19.



promuovere un procedimento di accertamento tecnico preventivo, ex art. 696 *bis* C.p.c., prima di esperire l'azione giudiziale di responsabilità, che deve coinvolgere tutte le parti in causa, nonché dell'obbligo di esperire il tentativo di conciliazione (art. 8). A tale riguardo, il primo comma dell'art. 15 stabilisce che l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia debba essere affidato ad un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento; *c*) la predisposizione degli albi speciali dei consulenti tecnici d'ufficio e di parte, con l'indicazione delle specializzazioni degli iscritti esperti in medicina, nei giudizi civili e penali sulla responsabilità medica; tale prescrizione è funzionale a garantire la massima attendibilità tecnica della relazione peritale, necessaria per giungere ad un compiuto accertamento del danno e delle responsabilità (art. 15); *d*) la previsione dell'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti dell'operatore sanitario (art. 9); *e*) il riconoscimento a favore del danneggiato dell'azione diretta nei confronti della Compagnia di assicurazione che presta copertura assicurativa alla struttura sanitaria, ovviamente nei limiti di importo stabiliti nel contratto di assicurazione (art. 12).

Tra i rimedi procedurali, rileva in questa sede il procedimento di Accertamento Tecnico Preventivo, prescritto dall'art. 8, della legge n.24/2017, che costituisce una condizione di procedibilità della domanda di risarcimento, la cui mancata realizzazione è eccezionale dal convenuto (o rilevabile d'ufficio dal giudice) fino alla prima udienza.

Si tratta di uno strumento essenziale, poiché i giudizi sulla responsabilità civile degli operatori sanitari e/o delle strutture sanitarie si caratterizzano per la particolare complessità tecnica della materia del contendere, che impone al giudice di avvalersi dell'esperienza e delle competenze di un medico legale e di uno o più specialisti nella disciplina interessata dal giudizio (art. 15, l. n. 24/2017), al fine di potersi formare il proprio convincimento e pur sempre conservando la funzione e le prerogative del *peritus peritorum* nella valutazione delle vicende oggetto di causa.

L'esperimento della Consulenza Tecnica d'Ufficio – volta ad accertare se effettivamente sussistano il pregiudizio, l'antigiuridicità del danno, il collegamento causale del danno alla condotta dell'operatore sanitario, piuttosto che la colpa di quest'ultimo, nel senso della negligenza, dell'imperizia o

dell'imprudenza nell'effettuazione dell'intervento medico-sanitario – può essere effettuato anche nel corso del giudizio ordinario di cognizione, al momento dell'espletamento dell'attività istruttoria; ma l'anticipazione di tale verifica ad un momento precedente all'instaurazione del giudizio ordinario di cognizione ha una funzione aggiuntiva, che è quella di definire in tempi più celeri se sussista o meno la responsabilità, di evitare di promuovere un giudizio in cui il paziente sarà certamente soccombente, che sarà quindi connotato dai caratteri della infondatezza e temerarietà.

La sussistenza e la quantificazione del risarcimento dei danni vengono quindi anticipate e accertate in un arco temporale celere e ben definito, per cui da subito il paziente, la struttura, l'operatore sanitario, la compagnia di assicurazione sono consapevoli della concreta fondatezza delle doglianze del ricorrente e dell'opportunità o meno di giungere ad una composizione amichevole della controversia.

Di qui, la funzione conciliativa che assolve il procedimento di accertamento tecnico preventivo, tenuto conto del fatto che verosimilmente l'elaborato peritale prodotto in quella sede sarà utilizzato nel successivo giudizio di merito e posto a fondamento della decisione del giudice.

Tale funzione è particolarmente utile nel contesto della responsabilità sanitaria, poiché mira ad alleggerire il carico giudiziale e a risolvere, con tempestività ed adeguatezza, le liti con maggiore soddisfazione e realizzazione del diritto fondamentale della salute.

L'indagine condotta dall'Eurispes sulle risultanze di 1.380 procedimenti di Accertamento Tecnico Preventivo svolto nel periodo temporale 2017-2021, presso il Tribunale di Roma, in ordine alla verifica dei presupposti tecnici della responsabilità sanitaria, ha rivelato un bilancio positivo dello strumento disciplinato dall'art. 8 della legge 8 marzo 2017, n.24.

Sono diverse le riflessioni che essa impone all'interprete.

Intanto, l'esito dei procedimenti di accertamenti tecnico preventivo è stato positivo per il paziente nel 65,3% dei casi, per la struttura sanitaria nel 31,1% dei casi e per il medico nel 3,1% dei casi.

Inoltre, rileva la natura dei convenuti nei giudizi di Accertamento Tecnico Preventivo: il 40,4% delle volte è parte del procedimento una struttura pubblica; il 36,1% è parte del procedimento una struttura privata; l'11% dei casi è parte del procedimento il medico persona

fisica/assicurazione; mentre nel restante 12,5% dei casi le tipologie di convenuto sono miste (il 7,3% sono struttura privata/medico persona fisica/assicurazione e il 3,1% sono struttura pubblica/medico persona fisica/assicurazione; lo 0,9% riguarda una struttura pubblica/struttura privata; lo 0,8% riguarda una struttura pubblica/struttura privata/medico persona fisica/assicurazione).

La frequente partecipazione al procedimento di Accertamento Tecnico Preventivo delle strutture sanitarie pubbliche e/o delle strutture sanitarie private si spiega per il fatto che, secondo i dettami della legge, per il paziente è preferibile rivolgere la domanda risarcitoria nei confronti dei nosocomi, piuttosto che sindacare l'attività espletata dal medico e/o dall'operatore sanitario.

Come già sopra anticipato, è diversa la natura della responsabilità imputabile alla struttura sanitaria rispetto a quella attribuibile all'operatore sanitario. Ciò deriva dal fatto che un conto è il rapporto che si instaura tra colui che esercita l'attività sanitaria (dipendente o utilizzatore occasionale della struttura sanitaria) e il paziente, e altro conto è invece il rapporto che si instaura tra il paziente e la struttura sanitaria.

In quest'ultimo caso, il rapporto trova la sua fonte nel contratto atipico sinallagmatico denominato *contratto di spedalità* o *contratto di assistenza sanitaria*, con cui la struttura sanitaria si obbliga ad effettuare servizi alberghieri e a fornire al paziente le attrezzature sanitarie, i medici e gli operatori sanitari necessari per l'effettuazione dell'intervento medico-sanitario, verso il pagamento di un corrispettivo di tali prestazioni<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Galgano, *Contratto e responsabilità contrattuale nell'attività sanitaria*, in *Riv. trim. dir. proc. civ.*, 1984, pp. 710 ss.; Alpa, *La responsabilità medica*, in *Resp. civ. prev.*, 1999, pp. 315 ss.; De Matteis, *La responsabilità medica. Un sottosistema della responsabilità civile*, Cedam, 1995, pp. 254 ss.; Id., *Responsabilità medica e servizi sanitari. Modelli e funzioni*, Cedam, 2007, pp. 253 ss.; Bertocchi, *La responsabilità contrattuale ed extracontrattuale delle strutture sanitarie pubbliche e private*, in Ruffolo (a cura di), *La responsabilità medica*, Giuffrè, 2004, pp. 103 ss.; Breda, *La responsabilità della struttura sanitaria tra esigenze di tutela e difficoltà ricostruttive*, in *Danno resp.*, 2001, pp. 1045 ss.; Hazan, Zorzit, *Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria*, in AA.VV., *Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria*, Quotidiano Sanità Edizioni, 2017, pp. 97 ss.; Princigalli, *La responsabilità del medico*, Jovene, 1983; Santilli, *La responsabilità dell'ente ospedaliero pubblico*, in AA.VV., *La responsabilità medica*, Giuffrè, 1982, pp. 181 ss.; Simone, *La responsabilità della struttura sanitaria pubblica e privata*, in *Danno resp.*, 2003, pp. 5 ss.; Zana, *Responsabilità medica e tutela del paziente*, Giuffrè, 1993. In giurisprudenza, si vedano Cass. civ., 30.9.2015, n. 19541; Cass. civ., 16.5.2014, n. 10832; Cass. pen., 5.6.2009, n. 38154; Cass. civ., 11.5.2009, n. 10743; Cass. civ., Sez. Un.,

La struttura sanitaria, quindi, da una parte si impegna a fornire i pasti, i posti letti e quant'altro occorra per ospitare il paziente e, dall'altro lato, si obbliga a fornire l'assistenza sanitaria, che include le attrezzature e il personale medico-sanitario che effettuerà la prestazione a favore del paziente.

Pertanto, l'inadempimento al primo tipo di obbligazioni espone la struttura sanitaria al rischio di imputazione della responsabilità contrattuale per fatto proprio: in questo caso, la ripartizione dell'onere probatorio in giudizio è sbilanciata a favore del paziente, il quale sarà chiamato a dimostrare soltanto la sussistenza nel caso di specie di un rapporto contrattuale con la struttura sanitaria e ad allegare l'inadempimento delle obbligazioni da quest'ultima assunte. La struttura sanitaria avrà quindi l'onere di dimostrare di aver adempiuto alle proprie obbligazioni, ovvero che l'inadempimento è dipeso da cause ad essa non imputabile, secondo le consuete regole prescritte dal nostro Codice civile, con gli artt. 1218 e 1256 C.c.

Nel caso, invece, della violazione del secondo tipo di obbligazioni la struttura è responsabile delle conseguenze del comportamento tenuto dall'operatore sanitario: il paziente dovrà dimostrare la sussistenza dei presupposti della responsabilità extracontrattuale dell'operatore sanitario e, per l'effetto, in forza del combinato disposto degli artt. 1218 e 1228 C.c., potrà ottenere la prova della responsabilità della struttura sanitaria per il fatto dell'ausiliario.

Pertanto, la responsabilità della struttura sanitaria potrà essere riconosciuta solo dopo aver raccolto la prova della ricorrenza degli elementi costitutivi dell'atto illecito accertato a carico del medico e/o dell'operatore sanitario<sup>8</sup>.

La lettura dei dati dell'indagine dell'Eurispes riferiti al coinvolgimento del medico nei procedimenti di Accertamento Tecnico Preventivo conforta tali riflessioni.

Il medico è coinvolto personalmente solo nel 29,7% dei casi, mentre non lo è nel 70,3% dei casi.

Egli risulta, invece, personalmente coinvolto nell'82% dei casi in cui il convenuto è rappresentato da "medico persona

---

11.1.2008, n. 577; Cass. pen., 11.4.2008, n. 36502; Cass. civ., 28.11.2007, n. 24742; Cass. civ., 14.6.2007, n. 13953; Cass. civ., 24.5.2006, n. 12362; Cass. civ., 26.1.2006, n. 1698; Cass. civ., 29.9.2005, n. 19145; Cass. civ., 2.2.2005, n. 2042; Cass. civ., 29.9.2004, n. 19564; Cass. civ., 14.7.2004, n. 13066; Cass. civ., 8.5.2001, n. 6386.

<sup>8</sup> Trib. Siena, 24.9.2021, n. 722, in *www.dejure.it*.

fisica/assicurazione”, e coinvolto nel 60% degli Accertamenti Tecnici Preventivi nei confronti di “struttura privata/medico persona fisica/assicurazione” e nel 52,4% degli accertamenti tecnici preventivi nei riguardi di “struttura pubblica/medico persona fisica/assicurazione”.

Infatti, diversa è la posizione sostanziale e processuale del medico e/o dell’operatore sanitario, poiché la legge n.24/2017, al comma 3 dell’art. 7, ha chiaramente riconosciuto la natura aquiliana della responsabilità dell’esercente la professione sanitaria, salvo che questi abbia agito nell’adempimento di un’obbligazione contrattuale assunta direttamente con il paziente.

L’applicazione della disposizione di cui all’art. 2043 C.c., a cui rinvia il citato comma 3 della legge, impone al paziente il più gravoso onere di provare la ricorrenza degli elementi costitutivi dell’atto illecito (l’elemento soggettivo del dolo o la colpa, il danno ingiusto e il nesso di causalità), per ottenere il riconoscimento giudiziale della responsabilità dell’operatore sanitario e il conseguente risarcimento del danno.

Ciò conferma le conclusioni a cui si è giunti in apertura della presente nota, in ordine al maggiore interesse del paziente di coinvolgere la struttura sanitaria nel giudizio di responsabilità e, prima ancora, nel procedimento di Accertamento Tecnico Preventivo.

Quest’ultimo rimane certamente, nell’impianto generale della riforma della responsabilità sanitaria, un punto fermo e imprescindibile, da rafforzare ulteriormente se possibile in una prospettiva *de iure condendo*.

Infatti, la legge ha consentito di espletare l’accertamento in ordine alla sussistenza dei presupposti della responsabilità lamentata dal paziente in un arco temporale precedente alla instaurazione del giudizio di merito, ben definito e contenuto, sì da definire da subito il percorso giuridico percorribile da tutte le parti coinvolte: transazione o proposizione dell’azione giudiziale.

Il fatto che l’elaborato peritale predisposto in questa sede sarà utilizzato, quasi certamente, nel successivo giudizio di merito e fonderà la decisione di quest’ultimo rende tale procedimento cautelare lo strumento più efficace per realizzare gli obiettivi principali che si è posto il legislatore della riforma, ossia la definizione stragiudiziale delle controversie in materia sanitaria e la riduzione del contenzioso giudiziale.

In tal senso, deve essere ancora di più valorizzata la partecipazione al procedimento di Accertamento Tecnico Preventivo di tutte le parti in causa, struttura sanitaria, operatore sanitario e compagnia di assicurazione, anche prevedendo una sanzione pecuniaria gravosa da parte del giudice del merito per le parti che, a causa della loro assenza, hanno compromesso la buona riuscita del procedimento (dall'indagine dell'Eurispes è emerso che la chiamata in causa dell'assicurazione è avvenuta nel 29% dei procedimenti di Accertamento Tecnico Preventivo).

Tale sanzione, che dovrebbe avere una consistenza maggiore delle semplici spese di consulenza e di lite attualmente previste dall'ultimo comma dell'art. 8 della legge n.24/2017, assolverebbe ad una funzione deterrente e risarcitoria: essa, infatti, andrebbe a compensare i danni sopportati dalle altre parti in giudizio, a causa delle lungaggini del giudizio ordinario di cognizione, il cui esito poteva essere anticipato.

Tale soluzione potrà contribuire ancora di più a scoraggiare il drammatico fenomeno della "medicina difensiva".

Luca Di Donna



