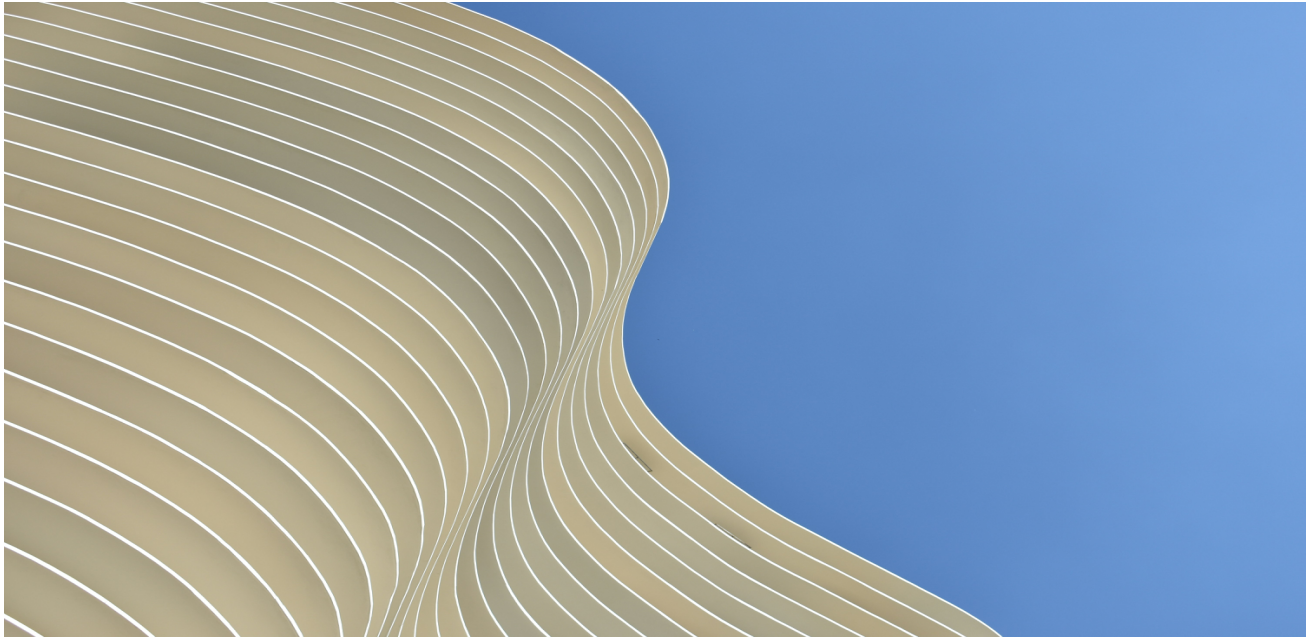


XRI INSURANCE WEBZINE

Notizie ed Approfondimenti sul Mondo Assicurativo

6 - 2025



Giurisprudenza

Nessuna complicanze prevedibili **responsabilità post-cesareo** **per non**

Il Tribunale di Torre Annunziata con sentenza n. 2394 del 2025 ha escluso la responsabilità della struttura sanitaria per le complicanze post-cesareo subite da una paziente, ritenute non prevedibili né evitabili secondo le conoscenze scientifiche disponibili. Gli eredi avevano convenuto l'ospedale sostenendo errori nel parto cesareo e nella gestione di un ascesso, lamentando anche un danno alla figlia. Tuttavia, il Tribunale ha rilevato che non era stato dimostrato il nesso di causalità tra la condotta dei medici e gli eventi dannosi. I consulenti tecnici hanno confermato che le complicanze – dovute a fattori fisici e precedenti cesarei – erano difficilmente prevenibili, e la sordità della figlia non era collegabile all'infezione materna. Il Tribunale ha rigettato le domande, ribadendo che solo eventi prevedibili e prevenibili possono integrare responsabilità medica.

Responsabilità sanitaria, entra in vigore il Decreto attuativo n. 232/2023 della Legge Gelli-Bianco

A distanza di quasi un decennio dall'entrata in vigore della Legge n. 24 del 2017 (di seguito "Legge Gelli-Bianco") il decreto attuativo n. 232/2023 - diventa operativo dal 16 marzo 2026 -, dando concreta attuazione all'art. 10, comma 6, della Legge Gelli-Bianco in materia di obbligo assicurativo per le strutture sanitarie, pubbliche e private, e gli

Giurisprudenza

Responsabilità sanitaria: l'ospedale deve provare le misure di prevenzione delle infezioni

Con sentenza del 13 gennaio 2026, il Tribunale di Benevento ha condannato una struttura sanitaria a risarcire i danni subiti da un paziente che aveva contratto un'infezione da stafilococco aureo dopo un intervento di impianto di protesi all'anca. Dopo il primo intervento il paziente aveva sviluppato un'infezione della ferita chirurgica. I sanitari avevano quindi proceduto alla sostituzione della protesi quando l'infezione era ancora in corso, con la conseguente infezione anche della seconda protesi. La consulenza tecnica d'ufficio ha evidenziato che tale condotta non era conforme alle linee guida, secondo cui, in presenza di infezione protesica, è necessario rimuovere la protesi infetta, bonificare il focolaio e solo successivamente procedere all'impianto di una nuova protesi. Il Tribunale ha ricordato che la responsabilità della struttura sanitaria ha natura contrattuale. Pertanto, una volta che il paziente dimostri – anche in via presuntiva – che l'infezione è stata contratta in ambito ospedaliero, spetta alla struttura provare di aver adottato e concretamente applicato tutte le misure di prevenzione delle infezioni, garantendo la sterilità di ambienti, strumenti e procedure. Nel caso di specie la struttura non è riuscita a dimostrare l'effettiva adozione dei protocolli di prevenzione e controllo delle infezioni nosocomiali. Per questo motivo il giudice ha ritenuto l'infezione imputabile alla struttura sanitaria e ha riconosciuto al paziente il risarcimento del danno biologico temporaneo e del danno biologico permanente iatrogeno pari al 10%.

esercenti le professioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero in regime di convenzione con SSN.

Il Decreto, articolato in quattro titoli, disciplina i requisiti minimi delle polizze assicurative per i suddetti soggetti nonché i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, come l'assunzione diretta del rischio. Esso disciplina, altresì, le regole per il trasferimento del rischio in caso di subentro contrattuale di un'impresa d'assicurazione e prevede la costituzione, nel bilancio delle strutture, di un fondo rischi e di un fondo riserve sinistri.

Auto-ritenzione e fondi obbligatori

Desta interesse, in particolare, il passaggio all'operatività del Titolo III del Decreto dedicato ai requisiti minimi di garanzia e alle condizioni di operatività delle misure analoghe, ovvero l'assunzione diretta (o auto-ritenzione) totale o parziale del rischio.

L'attenzione si concentra, particolarmente, su quelle disposizioni che stabiliscono che la struttura in auto-ritenzione dovrà costituire, ai sensi degli artt. 10 e 11

uno specifico Fondo Rischi e un Fondo Riserva Sinistri. Il primo dovrà essere destinato alla copertura di quei rischi individuabili al termine dell'esercizio e dai quali potrebbero derivare

Giurisprudenza

Congiunti del paziente deceduto: responsabilità extracontrattuale della struttura sanitaria

Con sentenza del 4 febbraio 2026, n. 1818 il Tribunale di Napoli ha stabilito che i congiunti di un paziente deceduto non possono agire iure proprio sul contratto tra paziente e struttura sanitaria, poiché il rapporto contrattuale riguarda esclusivamente il paziente stesso. I parenti, salvo casi eccezionali come le prestazioni sanitarie legate alla procreazione, non rientrano tra i terzi protetti dal contratto, e quindi non possono far valere diritti direttamente derivanti dall'obbligazione sanitaria.

Secondo il Tribunale, le pretese dei congiunti per la perdita del rapporto parentale devono essere ricondotte alla responsabilità extracontrattuale (art. 2043 c.c.), con l'onere di dimostrare la colpa del personale sanitario, il nesso causale tra la condotta e il danno subito, e l'entità del pregiudizio. In tale contesto, non si applica la presunzione di colpa prevista per le obbligazioni contrattuali, rendendo più gravoso l'onere probatorio per gli attori. Al contrario, i danni subiti direttamente dal paziente e reclamati dai superstiti *jure successionis* mantengono natura contrattuale, con presunzione di colpa a carico della struttura. In questi casi, la struttura può difendersi solo dimostrando che l'inadempimento non sussiste o che non ha avuto alcuna influenza causale sul danno. La decisione del Tribunale di Napoli conferma l'orientamento consolidato della giurisprudenza secondo cui, al di fuori dei casi di tutela dei terzi nei contratti di procreazione, le azioni dei congiunti devono seguire le regole della responsabilità aquiliana, con conseguenze rilevanti sul riparto dell'onere della prova e sulla possibilità di ottenere il risarcimento. In pratica, ciò significa che la struttura sanitaria risponde direttamente solo per i danni contrattuali del paziente, mentre i congiunti devono dimostrare autonomamente colpa e nesso causale per ottenere un risarcimento.

richieste di risarcimento a carico della struttura. La somma accantonata per il suddetto Fondo dovrà tenere conto della tipologia e della quantità di prestazioni erogate, delle dimensioni della struttura e infine del costo atteso per i rischi in corso al termine dell'esercizio.

La norma precisa che il suddetto Fondo sarà utilizzato esclusivamente per il risarcimento dei danni derivanti dalle prestazioni sanitarie erogate senza vincolo di indisponibilità in termini di cassa. Nel caso in cui l'importo residuo del Fondo sia insufficiente a far fronte ai rischi in corso nell'esercizio, esso dovrà essere immediatamente ricostituito entro l'esercizio in corso, salva la possibilità di stipulare apposita polizza assicurativa a copertura dell'eventuale esaurimento delle somme.

Il Fondo Riserva Sinistri, invece, viene definito come fondo messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri che comprende l'ammontare necessario a fare fronte alle richieste di risarcimento presentate nel corso dell'esercizio o nel corso di quelli precedenti e non ancora pagati. Esso dovrà tenere conto anche delle spese di liquidazione riferite al sinistro.

Per evitare una duplicazione degli importi accantonati per uno stesso evento, l'art. 12 del

Giurisprudenza

Polizza malattia: recidiva già indennizzata non dà diritto a un nuovo indennizzo

Con ordinanza del 15 gennaio 2026, n. 807, la Cassazione civile, sez. III, ha confermato che, secondo le condizioni generali di polizza, non è possibile ottenere un ulteriore indennizzo per una patologia già oggetto di precedente liquidazione. Il caso riguarda una paziente, che nel 2011 aveva ricevuto un indennizzo per una neoplasia mammaria. Nel 2015, a seguito della scoperta di una nuova neoplasia al seno destro, aveva chiesto un nuovo indennizzo pari a 140.000 euro. La compagnia assicuratrice contestava che si trattasse di una recidiva della patologia già indennizzata, non di una malattia autonoma. Il Tribunale di Vicenza e la Corte d'appello di Venezia hanno confermato che, secondo la clausola n. 7 della polizza, l'obbligo indennitario riguarda malattie nuove e indipendenti, escludendo la possibilità di un doppio indennizzo per la stessa patologia. La Corte d'appello ha inoltre ritenuto plausibile la CTU, che indicava il carcinoma del 2015 come evoluzione della neoplasia del 2011, sulla base di dati clinici e letteratura specialistica. La Cassazione ha rigettato il ricorso, rilevando che la ricorrente non aveva indicato alcun vizio logico o giuridico nella decisione dei giudici di merito, limitandosi a chiedere un diverso accertamento dei fatti, precluso dall'art. 348-ter c.p.c. In sostanza, il nuovo evento non può essere considerato malattia autonoma, e quindi non dà diritto a un ulteriore indennizzo.

Decreto prevede la trasmigrazione dal Fondo Rischi al Fondo Riserva Sinistri per la parte del Fondo Rischi corrispondente agli eventi rilevati e successivamente denunciati.

La congruità degli accantonamenti, come stabilito all'art. 13 del Decreto, dovrà essere certificata da un revisore legale ovvero dal collegio sindacale, che rilascerà un giudizio di sufficienza.

Governance e comitato valutazione sinistri

Nella parte del Decreto dedicata alla gestione del rischio assicurativo nelle strutture in auto-ritenzione, totale o parziale, una delle novità di maggior rilievo riguarda l'obbligo di costituzione da parte della struttura sanitaria - previa individuazione del ruolo e delle funzioni con apposito regolamento o atto organizzativo - di un Comitato di Valutazione Sinistri, proprio o in convenzione. Ai sensi all'art. 16, tale organismo di valutazione sinistri dovrà essere in grado di esaminare sul piano medico legale, nonché clinico e giuridico, la pertinenza e la fondatezza delle richieste di risarcimento indirizzate alla struttura, anche al fine di contribuire alla più esatta determinazione di congrue e corrette poste da inserire nel bilancio, relativamente ai Fondi previsti dagli articoli 10 e 11.

Per far fronte a tale evenienza, la struttura dovrà dotarsi di competenze minime obbligatorie,

Attualità

AmTrust istituisce due nuove direzioni per il settore sanitario

AmTrust Assicurazioni ha annunciato la creazione della Direzione Risk Management Sanitario e della Direzione Corporate, due nuove strutture strategiche che rispondono direttamente al CEO e che saranno guidate rispettivamente da Delia Roselli e Pietro Gorla. L'iniziativa rientra nel percorso di rafforzamento della presenza della compagnia nel settore della sanità e della responsabilità sanitaria (medical malpractice). La Direzione Risk Management Sanitario, affidata a Delia Roselli con il ruolo di *Healthcare Risk Management Director*, avrà il compito di coordinare le attività di analisi e gestione del rischio legate all'ecosistema sanitario. In particolare, la struttura si occuperà di supportare il business assicurativo dedicato alla sanità, con attenzione alla prevenzione del rischio e allo sviluppo di servizi a valore aggiunto integrati nell'offerta assicurativa. Roselli opererà dalla sede di Roma, individuata come polo istituzionale e centro di coordinamento per le attività del gruppo nel settore sanitario. Accanto a questa struttura nasce anche la Direzione Corporate, guidata da Pietro Gorla nel ruolo di *Corporate Director*. La nuova direzione è finalizzata a rafforzare il presidio della compagnia sul segmento della responsabilità sanitaria e a sviluppare ulteriormente il progetto Corporate Hospital, un modello di servizio pensato per rispondere in modo specifico alle esigenze delle strutture ospedaliere pubbliche e private. Attraverso questo progetto, AmTrust punta a offrire soluzioni assicurative sempre più specializzate con l'obiettivo di affiancare le strutture sanitarie nella gestione dei profili assicurativi e organizzativi connessi alla responsabilità medica. Con questa riorganizzazione, la compagnia intende consolidare il proprio ruolo nel mercato assicurativo sanitario italiano e rafforzare il dialogo con istituzioni e operatori del settore.

assicurando la presenza di un medico legale, di un loss adjuster, di un avvocato o di altra figura professionale con competenze giuridico-legali, nonché di adeguate funzioni di gestione del rischio ("risk management"). Il processo di stima dei fondi - riserva rischi e riserva sinistri - richiede, infatti, specifiche competenze tecnico-attuariali e adeguata esperienza professionale, necessarie per una corretta quantificazione degli oneri da coprire mediante gli accantonamenti previsti dagli articoli 10 e 11.

Criticità e conclusioni

Illustrate sinteticamente le principali novità introdotte dal Decreto e vista la loro effettiva operatività a far data dal 16 marzo 2026, esse rappresentano un momento di svolta nella gestione del rischio da parte delle strutture sanitarie in auto-ritenzione del rischio, totale o parziale.

Le suddette strutture sanitarie sono, infatti, chiamate a rafforzare le proprie competenze interne e le funzioni di *governance* ai fini di una corretta gestione del rischio attraverso il coinvolgimento di professionisti con competenze che vanno al di là di quelle mediche e che, difficilmente, sono già ricomprese nell'organico della struttura. L'Ente è, quindi, chiamato a rivedere la propria organizzazione

Attualità

Danni climatici e assicurazioni: il gap italiano cresce

Il caso di Niscemi evidenzia un problema sempre più rilevante: il crescente divario tra i danni ambientali causati da eventi estremi e la capacità del sistema assicurativo di coprirli, il cosiddetto "protection gap". Secondo Munich Re, nel 2025 i disastri naturali hanno provocato perdite globali per 224 miliardi di dollari, ma solo 108 miliardi erano assicurati. In Europa il divario supera i 59 miliardi di euro, mentre negli Stati Uniti raggiunge i 64 miliardi di dollari annui. In Italia, il problema è particolarmente evidente: tra il 1980 e il 2023 gli eventi climatici estremi hanno generato oltre 135 miliardi di euro di danni, ma solo il 20% è coperto da assicurazioni. Inoltre, meno dell'1% delle imprese dispone di una polizza di responsabilità ambientale. Secondo Pool Ambiente, le polizze ambientali rappresentano uno strumento fondamentale per coprire danni a suolo, acque ed ecosistemi e per garantire una gestione più rapida delle emergenze. Tuttavia, la loro diffusione resta limitata soprattutto per scarsa consapevolezza del rischio e percezione distorta dei costi. Il cambiamento climatico sta inoltre trasformando il settore assicurativo: le compagnie stanno aumentando i premi, riducendo le coperture o ritirandosi dalle aree più esposte. Le nuove polizze tendono quindi a integrare prevenzione, monitoraggio e servizi tecnici, affiancando le imprese nella gestione del rischio prima, durante e dopo un eventuale sinistro.

e a strutturarsi come una vera e propria impresa che sappia individuare i rischi a cui va incontro e gestirli, anche in ottica di bilancio.

La sfida non sarà semplice poiché l'innalzamento degli obblighi organizzativi e finanziari a carico delle strutture in auto-ritenzione del rischio si rifletterà anche sulla sostenibilità economica del sistema gravato da non poche difficoltà di carattere finanziario.

Quanto, invece, alla effettiva verifica sul rispetto dell'operatività dei nuovi precetti a carico delle strutture sanitarie, si rileva l'assenza di un sistema sanzionatorio affidato all'IVASS, o ad altro Ente, in caso di inadempimento degli obblighi connessi all'auto-ritenzione del rischio. Tale scelta normativa potrebbe tradursi, in concreto, in una disomogenea applicazione delle regole, affidando prevalentemente ai meccanismi di responsabilità civilistica e contabile il compito di garantire il rispetto degli obblighi imposti dal Decreto.

In conclusione, il Decreto attuativo della Legge Gelli-Bianco rappresenta un passaggio fondamentale verso una disciplina più matura e strutturata della responsabilità sanitaria, capace di coniugare esigenze di tutela del paziente, sostenibilità economica e qualità delle prestazioni sanitarie. La sfida, nei prossimi anni, sarà quella di tradurre l'impianto normativo in prassi operative efficaci, evitando che l'elevato grado di complessità organizzativa si trasformi in un mero adempimento formale, e assicurando che la gestione del

rischio sanitario diventi realmente uno strumento di prevenzione, miglioramento continuo e responsabilizzazione dell'intero sistema sanitario.

Avv. Gabriella Napolano

Partner at Improda Studio Legale

Dr. Mario Del Gaudio

Junior Associate at Improda Studio Legale