

Appunti di sanità

Periodico sanitario giuridico



**CASSAZIONE:
INTERVENTO CHIRURGICO PIÙ
INVASIVO: IL PAZIENTE NON DEVE
PROVARE IL PROPRIO CONSENSO**

In caso di intervento chirurgico più invasivo rispetto a quello pianificato, il paziente non ha l'onere di provare che, nel caso fosse stato informato, non vi avrebbe consentito.

Una determinazione differente risulterebbe palesemente in contrasto con il diritto all'autodeterminazione sancito dall'articolo 1 della legge 219 del 22 dicembre 2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento n. 219 del 2017).

Così ha deliberato la **Terza Sezione Civile della Corte di Cassazione** con l'**ordinanza n. 11608 del 28 aprile 2026**.

Il caso nasce da un intervento di protesizzazione dell'aorta per il quale una paziente aveva manifestato il proprio consenso, ma durante il quale i medici avevano deciso di eseguire una procedura più complessa (la sostituzione dell'aorta discendente e la plastica di ampliamento dell'aorta distale) a seguito della quale la paziente decedeva.

Il marito della paziente adisce il Tribunale e la Corte di Appello di Bologna, i quali rigettano le domande risarcitorie deducendo che il ricorrente avrebbe dovuto dimostrare che

(continua a pagina 2)

**CASSAZIONE:
I TURNI USURANTI IN
OSPEDALE CAGIONANO UN
DANNO ALLA SALUTE**

Una volta provato il nesso di causalità tra stress lavorativo e danno alla salute, è onere dell'Azienda sanitaria dimostrare di aver adottato le misure necessarie per evitare l'evento dannoso. Una diversa soluzione contrasterebbe con l'articolo 2087 del codice civile, il quale impone al datore di lavoro di tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro.

Tale è il *dictum* della **Corte di Cassazione** che con l'**ordinanza n. 26923/2025** ha attribuito ad una Azienda ospedaliera la responsabilità per la morte di un anestesista colpito da infarto miocardico durante un turno di lavoro protrattosi per quasi 16 ore.

Gli eredi avevano richiesto al giudice di primo grado e alla Corte di Appello, subordinatamente, l'accertamento dell'adozione da parte dell'Azienda ospedaliera delle misure volte alla salvaguardia dell'integrità psico-fisica del dipendente. Il Tribunale di secondo grado aveva rigettato l'impugnazione puntualizzando che l'anestesista aveva goduto poche settimane prima di "ven-



titrè giorni di riposo compensativo e che non aveva prestato servizio nei quattro giorni antecedenti a quello dell'evento avverso, salvo che per un'ora e 43 minuti per turno di reperibilità'.

Gli eredi optano pertanto per il ricorso in Cassazione sostenendo che in appello non si era tenuto conto che pochi giorni



prima dell'infarto il medico era stato impiegato in turni oltre "l'orario massimo di dodici ore continuative" senza che l'Azienda ospedaliera adottasse nessuna misura mirante a scongiurare il ripetersi dell'inconveniente.

La Suprema Corte ha richiamato l'orientamento secondo il quale "in tema di risarcimento del danno alla salute conseguente all'attività lavorativa, il nesso causale rilevante ai fini del riconoscimento dell'equo indennizzo per la causa di servizio è identico a quello da provare ai fini della condanna del datore di lavoro al risarcimento del danno, quando si faccia riferimento alla medesima prestazione lavorativa e al medesimo evento dannoso" (Cassazione, n.6008/2023). Pertanto grava sul datore di lavoro l'*onus probandi* che il danno, seppur riconducibile alla prestazione di lavoro, è stato determinato da causa a lui non imputabile (Cassazione n.34968/2023).

Da qui discende la determinazione degli Ermellini romani di annullare la sentenza della Corte d'Appello per aver collegato "l'evento letale al solo ultimo turno del medico" e per non aver preso atto della "incidenza dell'intero atteggiarsi del rapporto di lavoro caratterizzato da un lato da turni altamente stressanti e dall'altro dall'avvenuto riconoscimento dell'equo indennizzo".

Enrico Andreoli

CASSAZIONE:
INTERVENTO CHIRURGICO PIÙ
INVASIVO: IL PAZIENTE NON DEVE
PROVARE IL PROPRIO CONSENSO
(continua da pagina 1)

la consorte, qualora fosse stata informata dell'esecuzione di un intervento diverso da quello concordato, avrebbe rifiutato il consenso.

La Suprema Corte ha accertato l'intelligibilità delle informazioni fornite alla paziente, risultando impossibile individuare in che cosa, in concreto, siano consistite le informazioni da reputare sufficienti al fine della formazione ed espressione del consenso informato, cagionando la conseguente violazione del diritto all'autodeterminazione.

Per cui i giudici romani sanciscono che *"in siffatta situazione non grava sul paziente l'onere di provare che, ove fosse stato informato del più complesso intervento che i medici avevano in animo di eseguire, non vi avrebbe consentito. Al contrario, a fronte della allegazione della paziente che il suo consenso sarebbe stato circoscritto a quanto programmato e non oltre, era a carico della struttura l'onere di provare che ella avrebbe dato il consenso al secondo e più invasivo intervento"*.

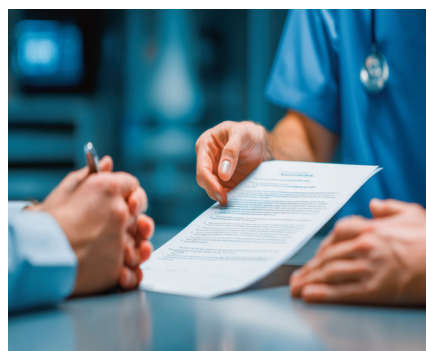
E.A.

OSTEOPATIA:
PUBBLICATO IL DPCM
SULL'EQUIPOLLENZA

Lo scorso 22 maggio 2026 è stato pubblicato in Gazzetta ufficiale il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 25 marzo 2026 che recepisce l'accordo Stato-Regioni del 18 dicembre 2025 sui criteri riguardanti la valutazione dell'esperienza professionale e per il riconoscimento dell'equipollenza dei titoli pregressi alla laurea abilitante per l'esercizio della professione sanitaria di **osteopata**.

Che cosa disciplina il nuovo provvedimento?

In primis l'istituzione degli elenchi



speciali ad esaurimento presso gli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. A tali elenchi potranno iscriversi gli osteopati in possesso dei requisiti previsti, con l'obiettivo di accompagnare la fase transitoria verso il nuovo assetto universitario e ordinistico della professione.

Chi può accedervi?

Possono accedere agli elenchi coloro che si sono iscritti entro il 31 agosto 2026 a un corso di di formazione in osteopatia di almeno 3 anni, lo abbiano concluso e siano in possesso del diploma di scuola secondaria superiore o titolo equivalente.

Il decreto distingue due percorsi: uno per chi possiede un titolo di osteopata conseguito al termine di un corso almeno triennale e un altro per chi, oltre al titolo di osteopata, possiede già una laurea abilitante o titolo equipollente per l'esercizio di una professione sanitaria.

Per il primo percorso vengono richieste almeno 2.400 ore di formazione teorica, pari a 96 Cfu, e almeno 1.000 ore di tirocinio pratico in osteopatia nell'ambito dell'apparato muscolo-scheletrico, pari a 40 Cfu. Per il secondo percorso, riguardante chi è già professionista sanitario, il monte ore teorico minimo scende a 1.500 ore, pari a 60 Cfu, rimanendo fermo il requisito delle 1.000 ore di tirocinio pratico. In entrambi i casi la didattica deve essere erogata da docenti in possesso di laurea coerente con la disciplina di insegnamento e, per le discipline cliniche medico-chirurgiche, da laureati magistrali in Medicina e Chirurgia.

Il provvedimento prevede altresì la possibilità di valorizzare l'esperienza lavorativa nel caso in cui il tirocinio pratico non raggiunga il limite minimo delle 1.000 ore. L'esperienza potrà essere valutata se svolta per almeno 36 mesi, anche non continuativi, a decorrere dall'entrata in vigore della legge 3/2018 ed entro i 24 mesi successivi alla pubblicazione dell'accordo in Gazzetta Ufficiale. L'attività deve essere documentata attraverso partita Iva, contratti di collaborazione, documentazione fiscale e ogni altro atto utile a dimostrare l'effettivo svolgimento dell'attività professionale dichiarata.

È importante rammentare che l'iscrizione agli elenchi speciali non determina automaticamente il passaggio all'albo. Gli iscritti devono conseguire, entro 6 anni dalla data di iscrizione agli elenchi, il riconoscimento del titolo di osteopata o l'equipollenza dei titoli pregressi alla laurea abilitante, sostenendo un esame di abilitazione presso una delle Università in cui siano istituiti i corsi di laurea in Osteopatia. Il mancato svolgimento dell'esame entro il termine previsto comporta la cancellazione dall'elenco speciale.

Per l'accesso all'esame sono previste misure compensative.

Chi ha conseguito il titolo secondo il percorso "non sanitario" deve acquisire crediti formativi in ambiti quali medicina legale, etica e deontologia, organizzazione e management sanitario, sicurezza sul lavoro e radioprotezione, primo soccorso e rianimazione cardiopolmonare, discipline medico-chirurgiche interdisciplinari, prevenzione e promozione della salute. Per chi è già in possesso di una laurea abilitante o titolo equi-





pollente in una professione sanitaria, tali conoscenze possono essere dimostrate attraverso il riconoscimento dei Cfu già acquisiti nel precedente percorso formativo.

Una volta superato l'esame di abilitazione, l'Università rilascerà un attestato di titolo di laurea di osteopata o di equipollenza dei titoli pregressi alla laurea abilitante all'esercizio della professione sanitaria di osteopata. L'iscritto, dopo questo passaggio, potrà iscriversi all'albo professionale dell'osteopata presso l'Ordine territorialmente competente, con contestuale cancellazione dall'elenco speciale.

Dal 1° settembre 2026 il corso di studio per il conseguimento del titolo della professione di osteopata potrà essere attivato solamente dalle Università, previo accreditamento del Mur.

In calce, il provvedimento contiene una clausola di invarianza finanziaria, nel senso che dall'attuazione dell'accordo non dovranno derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le amministrazioni interessate saranno chiamate a dare attuazione alle nuove disposizioni con le risorse umane, finanziarie e strumentali a legislazione vigente.

Il DPCM rappresenta un nuovo tassello nel percorso di piena regolamentazione della professione, già individuata tra le professioni sanita-



rie dalla citata legge 3/2018 e istituita con il DPR 131/2021.

Trattasi pertanto di una fase delicata di transizione che deve essere in grado di conciliare il riconoscimento dei percorsi pregressi con la necessità di garantire standard omogenei di formazione, abilitazione e iscrizione ordinistica per una professione ormai inserita a tutti gli effetti nel novero delle professioni di Ippocrate.

E.A.

INTESA ITALIA-INDIA: FIRMATA DICHIARAZIONE CONGIUNTA SULLA MOBILITÀ

Durante la visita del primo ministro indiano Narendra Modi a Roma gli scorsi 19 e 20 maggio 2026, l'Italia e l'India hanno siglato una dichiarazione congiunta nella quale le relazioni bilaterali vengono fissate al livello di 'Special Strategic Partnership'.

Tra i vari ambiti di cooperazione rientra anche quello relativo al Servizio Sanitario Nazionale sotto il profilo della **mobilità dei professionisti sanitari**.

Si intende potenziare la circolazione di studenti, ricercatori e lavoratori qualificati, tra cui l'arrivo di infermieri dal Paese asiatico. L'accordo specifico risponde ad un annoso bisogno strutturale del Bel Paese, segnato dalla crescente carenza di personale infermieristico.

I dati OCSE segnalano che nel 2023 la densità di infermieri praticanti in Italia era di 6,9 ogni 1.000 abitanti, oltre il 20% al di sotto della media europea di 8,4. Per quanto riguarda il rapporto infermieri/medici il dato è uno dei più bassi dell'Unione Europea: 1,3.

Significa che per ogni medico in Italia vi sono 1,3 infermieri, mentre nelle altre nazioni del Vecchio Continente il rapporto risulta alquanto più equilibrato.

Già nell'ottobre 2024 il ministro della Salute Orazio Schillaci aveva dichiarato «In India vi sono 3,3 milioni di infermieri, intendiamo por-

tarne da noi circa 10.000. L'idea è di farli reclutare direttamente dalle Regioni, considerando che nella nostra sanità la carenza infermieristica si aggira sulle 30.000 unità».

L'intesa sull'arrivo degli infermieri indiani si inserisce in un quadro più ampio di cooperazione bilaterale che ricomprende settori strategici come le tecnologie mediche, i prodotti farmaceutici e la ricerca scientifica.

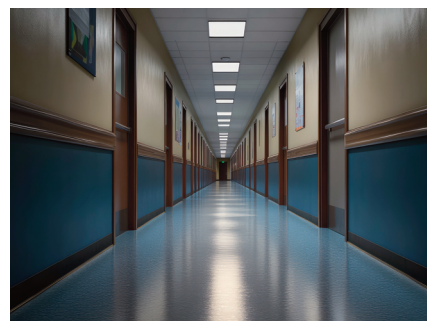
E.A.

CASSAZIONE: L'AZIONE DI RIVALSA DELLA STRUTTURA SANITARIA HA DEI LIMITI

Il rischio connesso all'organizzazione dell'attività sanitaria deve gravare principalmente sulla **struttura**, quale soggetto che organizza mezzi, personale e protocolli operativi, non dovendo trasferire automaticamente l'onere risarcitorio sul medico, neppure nel caso operi in regime libero-professionale.

Questa è stata la deliberazione della **Corte di Cassazione**, la quale con la **sentenza n. 9949 del 17 aprile 2026** è tornata a pronunciarsi in materia di responsabilità sanitaria, chiarendo i limiti dell'azione di rivalsa della struttura nei confronti dell'esercente la professione sanitaria.

(continua a pagina 4)



**CASSAZIONE:
L'AZIONE DI RIVALSA DELLA
STRUTTURA SANITARIA HA DEI
LIMITI**

(continua da pagina 3)

Il caso di specie nasce dalla richiesta di risarcimento avanzata da una paziente in conseguenza dei danni cagionati a seguito di un intervento chirurgico eseguito presso una clinica privata in regime di solvenza. Il giudice di primo grado ha condannato la struttura, che ha esercitato azione di regresso nei confronti del chirurgo libero-professionista, invocando l'applicazione sia delle norme codicistiche in tema di regresso tra corresponsabili, sia di una clausola di manleva contenuta nel contratto di collaborazione in essere tra il sanitario e la struttura.

La decisione viene successivamente rigettata dalla Corte di Appello, confermata poi da Palazzo Cavour, ribadendo come la disciplina speciale prevista dall'art. 9 della Legge Gelli-Bianco (L. n.24/2017) debba prevalere sulle norme generali del codice civile.

In particolare la norma prevede l'**azione di rivalsa** nei confronti dell'esercente la professione sanitaria **esclusivamente** nei casi di **dolo o colpa grave**, configurandosi come disposizione imperativa e, pertanto, **non derogabile** nemmeno attraverso accordi contrattuali.

I giudici romani intendono la colpa grave in senso rigoroso, vale a dire non si considera ogni errore profes-



nale come sufficiente a fondare l'azione di rivalsa, ma è necessario accertare una condotta caratterizzata da una "eccezionale e inescusabile devianza" dalle regole dell'arte medica e dagli standard professionali. La Corte inoltre analizza la validità dei patti di manleva, clausole ancora ampiamente utilizzate nella prassi, dichiarandone la nullità in quanto si pongono in contrasto con la natura imperativa dell'art. 9 della citata legge.

La legge Gelli-Bianco difatti ha introdotto non solo una disciplina della responsabilità sanitaria, ma anche un preciso modello di allocazione del rischio, nel quale le strutture sanitarie non possono sottrarsi alle conseguenze derivanti dall'attività svolta attraverso la propria organizzazione.

E.A.



Direttore responsabile ed editoriale Enrico Andreoli

Via Centenario della Grande Guerra 12A 37057 San Giovanni Lupatoto (VR) Tel: 3488290805 enricoandr@yahoo.it
Appunti di Sanità. **Tutti i diritti riservati.** Registrazione presso il Tribunale di Verona Nr. 7831/2014 del 04/11/2014
www.enricoandreoli.it