

iQUADERNI

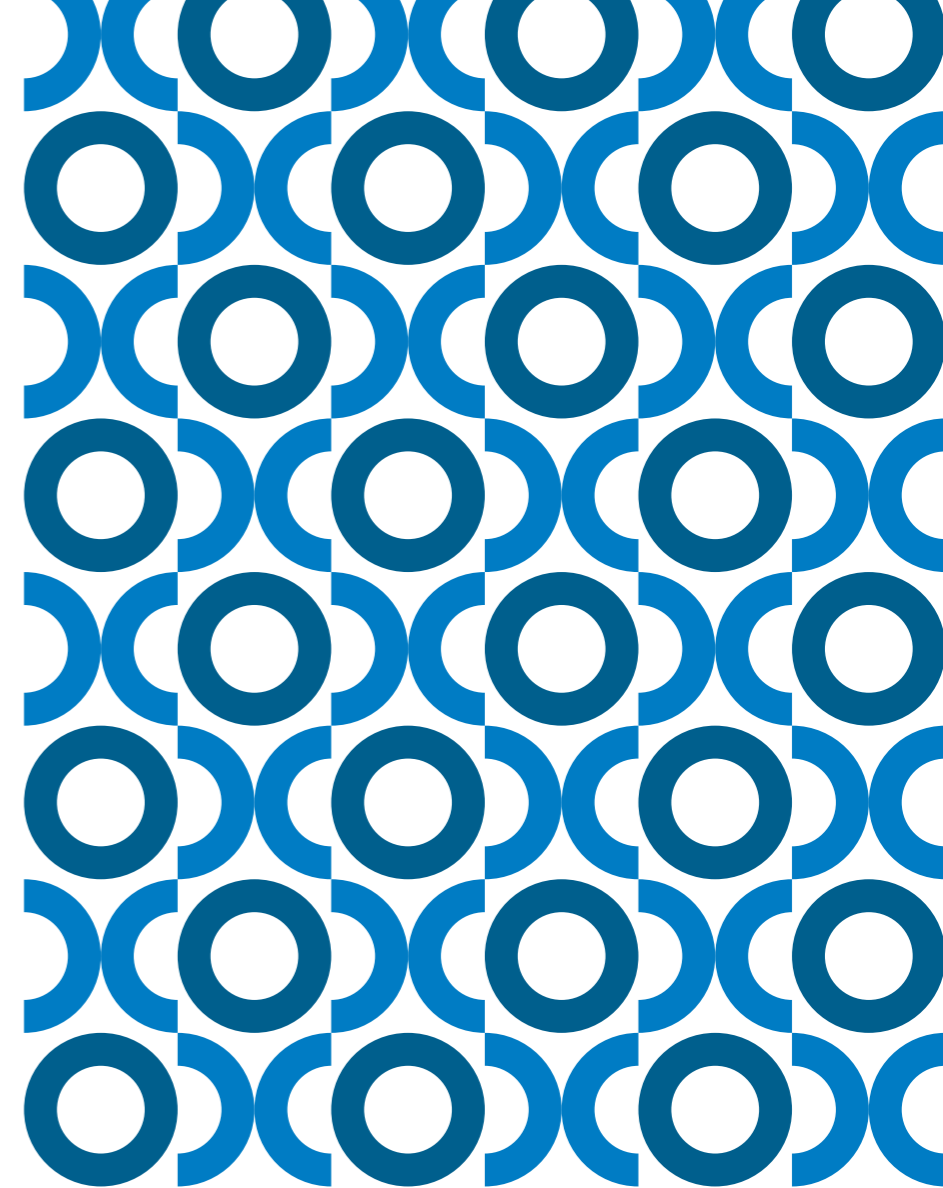
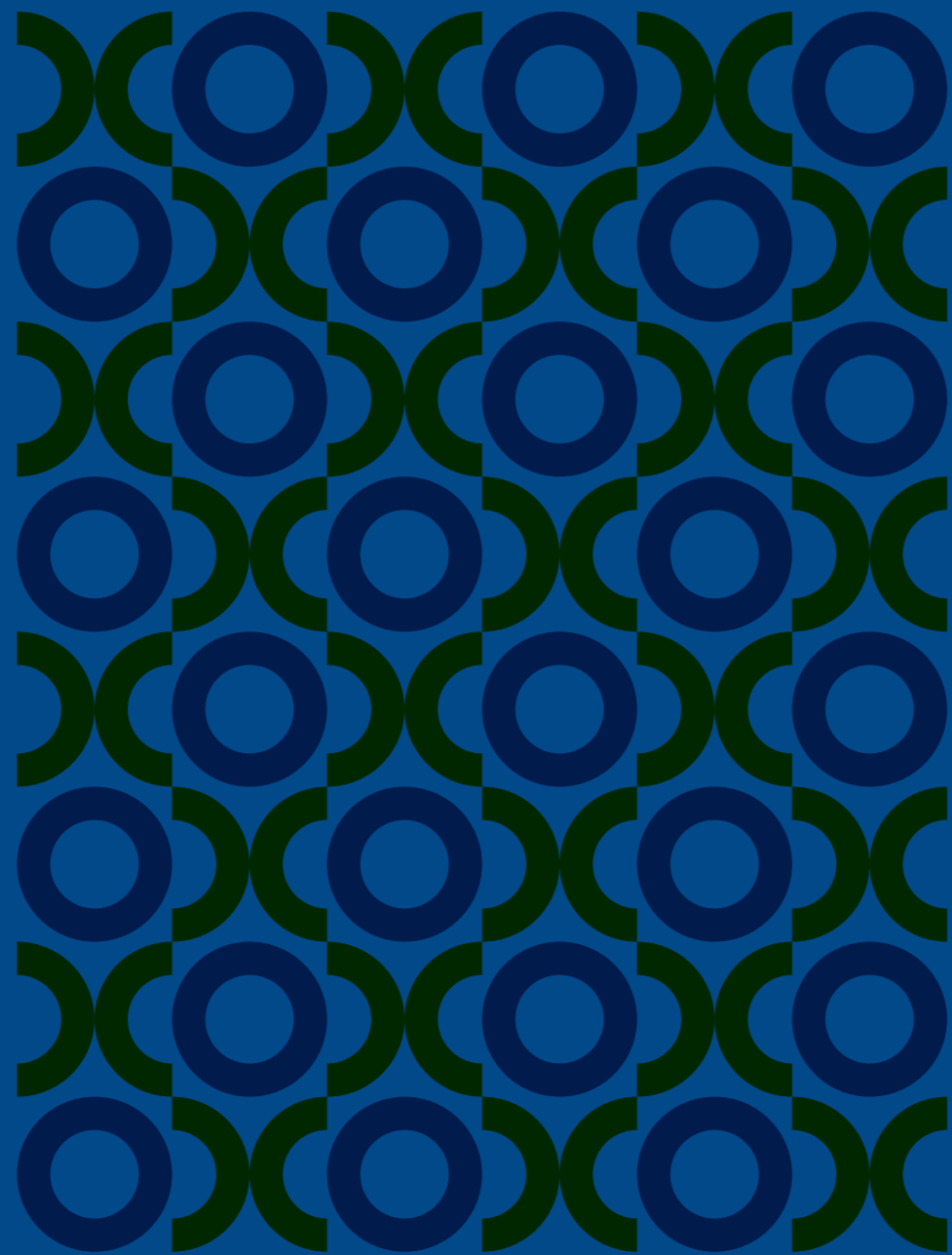
SUPPLEMENTO
ALLA RIVISTA
MONITOR 48 • 2023

LEGGE
8 MARZO 2017,
N. 24 (CD. GELLI)

APPROFONDIMENTI
ARTICOLO 13

OBBLIGO DI COMUNICAZIONE
ALL'ESERCENTE
LA PROFESSIONE SANITARIA
DEL GIUDIZIO BASATO
SULLA SUA RESPONSABILITÀ

LUGLIO 2024



**LEGGE
8 MARZO 2017,
N. 24 (CD. GELLI)**

APPROFONDIMENTI
ARTICOLO 13
OBBLIGO DI COMUNICAZIONE
ALL'ESERCENTE
LA PROFESSIONE SANITARIA
DEL GIUDIZIO BASATO
SULLA SUA RESPONSABILITÀ

monitor

LUGLIO 2024



INDICE

Recenti approdi interpretativi sull'art. 13 legge cd. Gelli in materia di comunicazioni agli esercenti le professioni sanitarie	7
Dott. Francesco Foggia, Sostituto Procuratore Generale della Corte dei conti	7
Il destino della legge 8 marzo 2017, n.24 sospeso tra strumenti deflattivi della "medicina astensiva" e proliferazione della "burocrazia difensiva"	17
Avv. Marta Viganò, Direttore S.C. Affari Generali e Legali Fondazione IRCCS SAN Gerardo dei Tintori - Monza	17
L'Art. 13: un approfondimento sui tempi della comunicazione e le differenze nell'applicazione tra strutture pubbliche e private del Servizio sanitario nazionale	25
Avv. Paolo Piana, Esperto nel campo del Diritto sanitario	25
Appendice	31
Sentenza 80/2024 della Sezione II Appello della Corte dei conti	33

Quaderno di Monitor 2023

Supplemento
alla rivista semestrale Monitor

Proprietario ed Editore
AGENAS - Agenzia nazionale per i
servizi sanitari regionali

Direttore Editoriale
Domenico Mantoan

Direttore Responsabile
Massimiliano Abbruzzese

Segreteria di Redazione
Eugenia Bignardelli

Sede centrale: Via Piemonte, 60
Sede legale: Via Puglie, 23
00187 Roma
tel: 06 42749700

Impaginazione grafica
Major Bit Innovation srl

Stampa
Arti Grafiche Cardamone srl

Registrazione
presso il Tribunale di Roma n° 124
del 13.11.2020

Finito di stampare
nel mese di luglio 2024

Codice ISSN 2282-5975

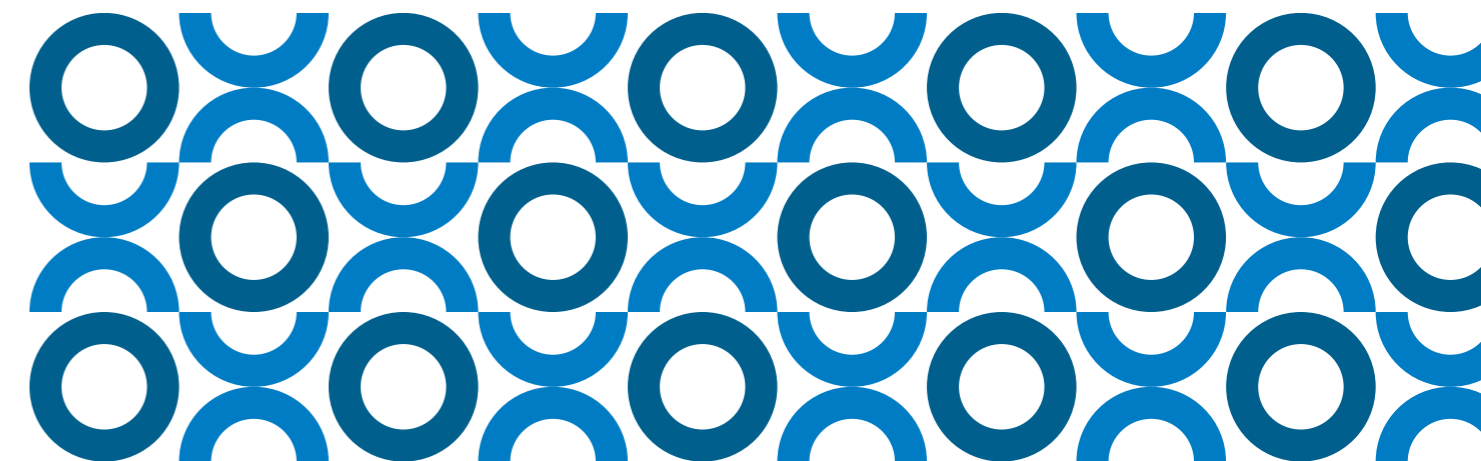
agenas.  AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è un Ente pubblico non economico di rilievo nazionale, istituito con decreto legislativo del 30 giugno 1993 n.266 e s.m., e si configura come organo tecnico-scientifico del SSN svolgendo attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della salute, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 2, comma 357, legge 24 dicembre 2007 n. 244. Agenas assicura, inoltre, la propria collaborazione tecnico-operativa alle Regioni e alle singole aziende sanitarie in ambito organizzativo, gestionale, economico, finanziario e contabile, in tema di efficacia degli interventi sanitari, nonché di qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure. Il decreto legge 8 aprile 2020 n. 23, convertito con modificazioni della legge 5 giugno 2020 n. 40, ha affidato ad Agenas il compito di collaborare all'azione di potenziamento della rete di assistenza ospedaliera e territoriale, al fine di assicurare la più elevata risposta sanitaria all'emergenza epidemiologica. Inoltre, con decreto legge 27 gennaio 2022 n. 4, convertito con modificazioni dalla legge 28 marzo 2022 n. 25, è stato assegnato ad Agenas il ruolo di Agenzia nazionale per la sanità digitale, con l'obiettivo di assicurare il potenziamento della digitalizzazione dei servizi e dei processi in sanità.

L'Agenzia oggi:

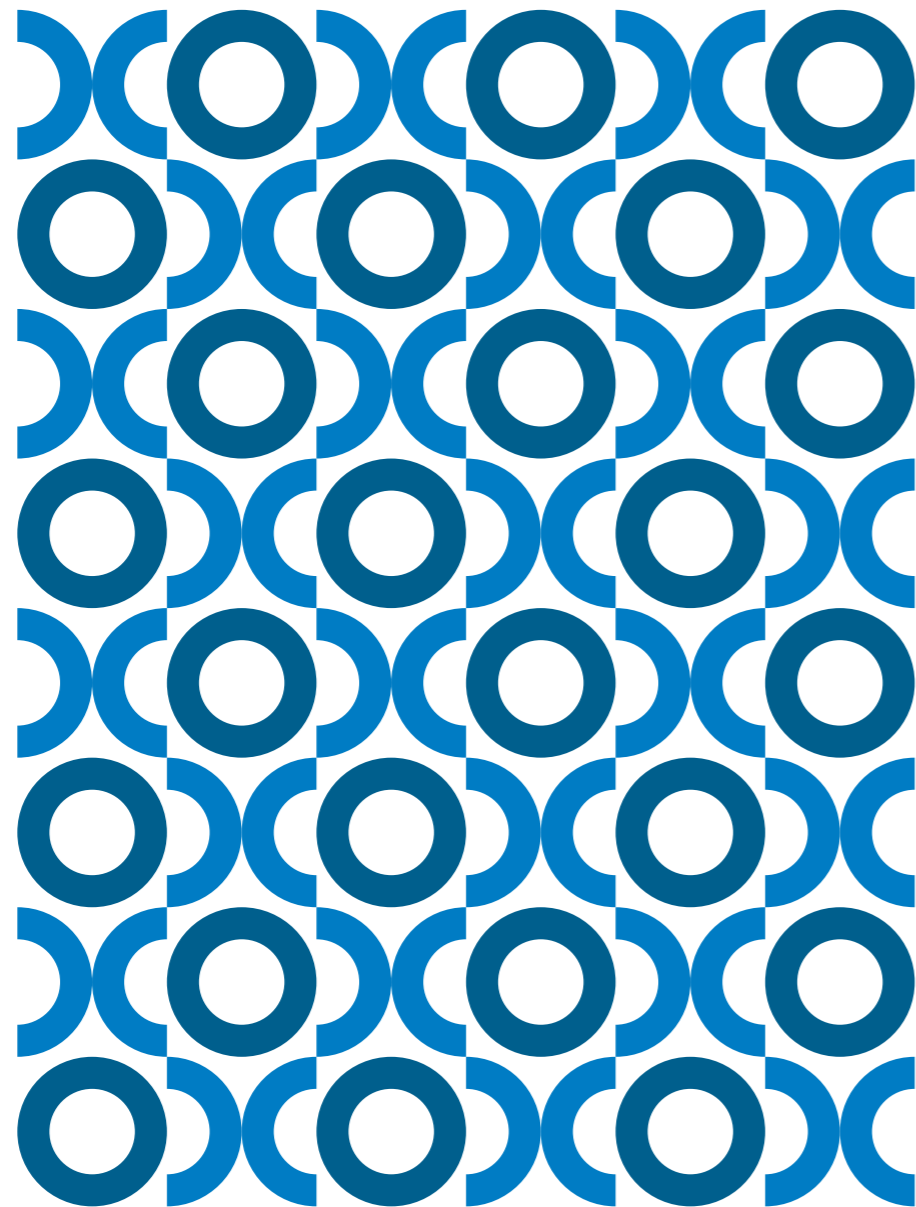
Presidente f. f. Manuela Lanzarin
Direttore Generale Domenico Mantoan

Consiglio di amministrazione
Armando Francesco Cirillo, Manuela Lanzarin, Vincenzo Pomo, Milena Vainieri
Collegio dei revisori dei conti
Francesca Amato (Presidente), Giuseppina D'Aranno, Maurizio Nasca



Recenti approdi interpretativi sull'art. 13 legge cd. Gelli in materia di comunicazioni agli esercenti le professioni sanitarie

Dott. Foggia Francesco, Sostituto Procuratore Generale della Corte dei conti



1. Le comunicazioni disciplinate dall'art. 13 della legge cd. Gelli e la loro funzione

Il sistema normativo introdotto dalla legge 8 marzo 2017, n. 24 (cd. Gelli) obbedisce principalmente alla finalità di alleggerire la responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, come risposta al fenomeno della cd. "medicina difensiva".

Si intende con il termine medicina difensiva quel fenomeno che si verifica quando il medico prescrive esami, procedure o visite non strettamente necessarie o evita pazienti o procedure ad alto rischio di complicanze nel perseguimento di un proprio interesse cautelativo. Tale fenomeno è considerato negativo, in quanto comporta un peggioramento del servizio pubblico, dovuto all'allungamento delle liste di attesa per il moltiplicarsi degli esami strumentali, e una maggiore spesa sanitaria, dovuto all'iperprescrizione di farmaci¹.

Da uno studio condotto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas)² sotto la vigenza del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (cd. decreto Balduzzi) è risultato che ciò che induceva i medici ad indulgere a pratiche mediche difensive erano, principalmente, la percezione di una legislazione sfavorevole al medico e il rischio di essere citati in giudizio.

La L. 24/2017, dunque, tenta di offrire una soluzione al delineato problema, intervenendo sia sulle norme di diritto penale, afferenti i reati di omicidio e lesioni colposi, sia sulla configurazione della responsabilità civile, sia, ancora, in materia di responsabilità amministrativa, sempre con l'intento di alleggerire la posizione dell'esercente la professione sanitaria e favorendo, peraltro,

laddove possibile, la traslazione delle conseguenze sanzionatorie sulle compagnie di assicurazione³.

Certamente, una delle maggiori limitazioni poste all'esercizio dell'azione di regresso dell'azienda ospedaliera e dell'azione di responsabilità amministrativa intestata al pubblico ministero contabile è la previsione di un onere di comunicazione che, ai sensi dell'art. 13 legge 8 marzo 2017, n. 24 (cd. Gelli), la struttura sanitaria e/o l'impresa di assicurazione devono eseguire nei confronti dell'esercente la professione sanitaria.

Infatti, l'articolo 13 impone alle strutture sanitarie e alle imprese di assicurazione, che siano destinatarie dell'atto introduttivo della domanda risarcitoria da parte di un soggetto che si assuma vittima di *malpractice* medica, di comunicare ai sanitari presunti responsabili del danno, entro il termine di quarantacinque giorni dal perfezionamento della notifica nei loro confronti, l'istaurazione del giudizio, allegando copia integrale dell'atto loro notificato; altresì impone che, sempre nel termine di quarantacinque giorni, la struttura sanitaria o l'impresa di assicurazione comunichi all'esercente la professione sanitaria l'inizio delle trattative con la controparte finalizzate alla composizione stragiudiziale della lite.

La disposizione in questione, invero, si chiude prevedendo che l'omissione, l'incompletezza e la tardività di tali comunicazioni conducono all'impossibilità per la struttura sanitaria di agire in regresso nei confronti del sanitario dipendente e per il pubblico ministero contabile di convenire il medico in giudizio per domandare

¹ LAGANÀ FORTUGNO M.G. – ABRUZZO J.M., La medicina difensiva e gli elevati oneri a carico della spesa sanitaria dello Stato, in FILIPPELLI M., La responsabilità sanitaria, Roma, 2022, p. 227-233.

² Gli atti del richiamato studio, presentati e illustrati nell'ambito di un convegno svoltosi a Roma in data 11 novembre 2014, sono disponibili su www.agenas.gov.it. Per un approfondimento sulle ragioni, il metodo e gli esiti della ricerca in questione, si rinvia a TOZZI Q. – DE BLASI R. – DE MATTEIS G. – LABELLA B. – CARACCI G., La ricerca Agenas sulla medicina difensiva. Le ragioni di una scelta, in Quaderni di Monitor – Medicina difensiva, 2015, p. 13-17.

³ Per un'illustrazione più completa delle novità introdotte dalla cd. legge Gelli, si rinvia a AA.VV., Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017, Roma, 2017; Tenore V. (a cura di), Studio sulla responsabilità disciplinare, civile, penale e amministrativo-contabile del personale sanitario, Roma, 2023; Filippelli M., La responsabilità, cit. Sulle modifiche apportate dalla legge specificamente nell'ambito della responsabilità amministrativa, si fa rinvio a EVANGELISTA P. – FOGGIA F., La responsabilità del medico davanti alla Corte dei conti dopo la L. 24/2017, in Monitor, 2023, fasc. 48, p. 85-88.

la riparazione del danno erariale indiretto provocata all'azienda sanitaria pubblica.

La norma in argomento è stata variamente commentata dalla dottrina, che ne ha messo in luce numerose difficoltà interpretative e applicative⁴, tanto che è stata ritenuta, da alcuni, anche priva di effettiva utilità per l'esercente la professione sanitaria⁵.

Sul versante della responsabilità amministrativa sono stati, fino all'attualità, molto pochi i casi in cui la giurisprudenza contabile si è potuta occupare dell'istituto, considerato che, per orientamento consolidato, le norme della cd. legge Gelli si applicano unicamente ai sinistri originati da condotte, qualificabili in termini di *medical malpractice*, poste in essere prima dell'entrata in vigore del testo di legge⁶.

Di recente, tuttavia, la Corte dei conti, avendo avuto occasione di esaminare il danno erariale collegato ad un risarcimento pagato da un'azienda sanitaria lombarda in relazione ad un sinistro verificatosi in data successiva al 1° aprile 2017, nell'ambito del quale era sollevata dai medici convenuti eccezione di inammissibilità dell'azione per violazione dell'art. 13 L. 24/2017, si è occupata per la prima volta *funditus* del tema. Ciò offre l'occasione per approfondire la riflessione sull'istituto alla luce degli orientamenti per la prima volta espressi dalla giurisprudenza contabile⁷.

2. L'idoneità della proposizione del ricorso per accertamento tecnico preventivo a costituire instaurazione del giudizio

Tra le questioni sulle quali si è recentemente espressa la Corte dei conti vi è quella in ordine all'idoneità del ricorso introduttivo del giudizio ex art. 696-bis c.p.c. a fondare l'obbligo di comunicazione imposto dal primo periodo dell'art. 13 cd. legge Gelli.

La norma, infatti, impone alle strutture sanitarie e alle imprese di assicurazione di notificare il professionista sanitario dell'*instaurazione del giudizio* promosso nei loro confronti dal soggetto che si assume danneggiato.

Invero, si è dubitato in ordine all'idoneità di ricorso ex art. 696-bis c.p.c. a costituire l'atto introduttivo di un giudizio in senso stretto, dal momento che il procedimento in tal modo introdotto si sostanzia in una consulenza tecnica preventiva *"ai fini della composizione della lite"*: dunque, come un momento precedente al giudizio di cognizione, teso all'accertamento di una o più questioni di natura tecnica, la cui risoluzione è affidata ad un consulente nominato dal Tribunale, in funzione deflattiva del contenzioso.

La finalità conciliativa alla quale tende la consulenza tecnica preventiva nell'ambito del procedimento ex art. 696-bis c.p.c. consente di assimilarla, per alcuni aspetti, alla mediazione,

prevista dall'art. 8 L. 24/2017 quanto anch'essa è condizione di procedibilità del giudizio di merito: in tal senso, tali rimedi di risoluzione preventiva della lite, sono accomunati anche dalla sanzione processuale, considerato che il loro mancato esperimento, qualora eccepito dalla parte convenuta nel successivo giudizio, comporta la sospensione del giudizio di merito e l'assegnazione di un termine per soddisfare la condizione di procedibilità dell'azione (secondo meccanismi tipici del rito processuale civile).

Sovviene, allora, il dubbio interpretativo in ordine all'idoneità del ricorso ex art. 696-bis c.p.c. a fondare un obbligo di comunicazione, considerando la distanza che, in tal senso, si delinea tra il procedimento di c.t.u. conciliativa e la mediazione, da un lato, con i rimedi propriamente giudiziali (e decisori), dall'altro; una distanza che non è stata ignorata dal legislatore, che, nell'ambito della cd. Gelli, ha, infatti, disciplinato i due alternativi rimedi di composizione conciliativa della lite all'art. 8, così tenendoli concettualmente e testualmente separati dai rimedi propriamente giudiziali e decisori, riguardati dall'art. 9. Può sorgere, quindi, il legittimo dubbio che solo a questi ultimi il legislatore abbia inteso far riferimento, laddove l'art. 13 collega l'onere delle comunicazioni alla proposizione di un "giudizio".

Il dubbio interpretativo rappresentato può uscire rafforzato, invero, anche dall'attenta lettura degli articoli 8 e 13 della stessa legge. Infatti, l'art. 8 non parla mai della domanda ex art. 696-bis c.p.c., né della mediazione ex art. 5 d.lgs. 4 marzo 2010 n. 28, in termini di "giudizio", riferendosi a questi, bensì, sempre con i termini di "conciliazione" o di "procedimento". Coticché, tale argomento testuale può portare un attento interprete a ritenere che, laddove al successivo art. 13 L. 24/2017 il legislatore imponga alle strutture sanitarie di comunicare *"all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti..."*, avesse inteso far riferimento ad un procedimento giudiziario di tipo decisorio, quali sono, invece,

solo il giudizio ordinario o quello con rito sommario ex art. 702-bis c.p.c. D'altra parte, è insegnamento della Cassazione quello per cui *"il provvedimento di ammissione della consulenza tecnica preventiva di cui all'art. 696 bis c.p.c. ha carattere provvisorio e strumentale e non natura decisoria e definitiva"*⁸; invero, la relazione del CTU nominato dal giudice, come noto, non viene trasfusa in un provvedimento giurisdizionale e non acquista valore di giudicato o di preclusione processuale, bensì è destinata solo ad essere acquisita nel successivo giudizio di merito, ai sensi dell'art. 696-bis, comma 5, c.p.c., ove, però, resta non pregiudicata la valutazione circa la sua ammissibilità e rilevanza, nonché la possibilità di rinnovazione o quella di un successivo ampliamento delle indagini peritali⁹. Potrebbe, sulla stessa scia interpretativa, notarsi come l'omessa comunicazione al sanitario dell'avvio di tali alternativi rimedi di composizione della controversia non inciderebbe sul suo diritto di difesa, perché tali rimedi non mirano a generare preclusioni nel successivo giudizio di merito (al quale il sanitario dovrà essere invitato a partecipare dall'azienda ospedaliera o dall'impresa di assicurazione, tramite la comunicazione di cui all'art. 13 della L. 24/2017); non di meno, per il caso in cui la mediazione o l'accertamento tecnico preventivo giungano a fornire alle parti contendenti utili elementi per provare a risolvere la lite in sede stragiudiziale, la legge comunque impone che dell'inizio delle trattative sia informato il sanitario coinvolto (che, in tal modo, potrà intervenire nella transazione o semplicemente partecipare alla definizione di termini e condizioni di risoluzione stragiudiziale della lite).

Tuttavia, malgrado le suggestioni interpretative appena espresse, la giurisprudenza contabile ha confermato il diverso orientamento ermeneutico, pur espresso da altra parte della dottrina¹⁰, e ha considerato il ricorso ex art. 696-bis c.p.c. come atto introduttivo di un giudizio: in

⁴ TENORE V., La responsabilità amministrativo-contabile del personale sanitario, in TENORE V. (a cura di), Studio sulla responsabilità disciplinare, cit., Anicia, Roma, 2023, p. 401-402; FACCIOLI M., L'obbligo di comunicare al medico l'insorgenza di una lite fondata sulla sua responsabilità (art. 13, L. Gelli-Bianco), in Resp. Med., 2024, I, p. 5-11; MARTINENGO P., L'obbligo di comunicazione al professionista sanitario, in AA.VV., Sicurezza delle cure, cit., pp. 195-201; POLICE A.-FRATTO ROSI GRIPPAUDO E., La responsabilità erariale del personale sanitario, in Giur. it., 2021, p. 477-481; Frittelli T. – Fiore A., Responsabilità professionale. Perché bisogna rivedere la norma sulla comunicazione all'esercente delle sue responsabilità, in www.quotidianosanita.it.

⁵ ROSSETTI M., La riforma della responsabilità medica. L'assicurazione, in Quest. Giust., 2018, p. 172-179.

⁶ Tra le più recenti sul tema, si richiama C. conti, sez. II app., sent. 29.04.2024 n. 101, che ha precisato che, ai fini dell'applicazione della cd. legge Gelli, "il fatto generatore del danno erariale, e quindi del rapporto giuridico per cui è causa deve essere individuato nella condotta illecita del sanitario durante l'atto operatorio, secondo l'univoca giurisprudenza contabile delle sezioni di appello".

⁷ Si fa riferimento a C. conti, sez. giur. Lombardia, 26.09.2022 n. 226 e a sez. II app., 02.04.2024 n. 80. Nel caso sotteso alle citate pronunce di primo e secondo grado, l'azione di responsabilità amministrativa era proposta dalla Procura contabile contro due medici chirurghi che asportavano ad una paziente la ghiandola lacrimale in luogo di un diagnosticato meningioma benigno dell'orbita oculare. Nell'ambito del processo i due medici eccepivano l'inammissibilità dell'azione proposta dalla Procura contabile, lamentando di non essere stati destinatari delle comunicazioni previste dall'art. 13, primo periodo, l. n. 24/2017, a seguito della ricezione da parte dell'azienda sanitaria del ricorso proposto dalla paziente danneggiata ex art. 696-bis c.p.c.; invero, l'azienda sanitaria si era limitata a disporre le comunicazioni nei confronti dei medici presunti responsabili solo allorquando decideva – finanche prima della definizione del procedimento per consulenza tecnica preventiva – di avviare trattative con il danneggiato per la composizione stragiudiziale della controversia. Infatti, l'accordo transattivo era stipulato tra l'azienda sanitaria e il danneggiato in data precedente al deposito della relazione da parte del consulente incaricato dal Tribunale (giudizio che era poi abbandonato dal danneggiato). Il pubblico ministero contabile proponeva sia in primo grado, sia in grado di appello dubbi di compatibilità con gli artt. 3, 103 e 111 Costituzione della sanzione di inammissibilità ricollegata dall'ultimo comma dell'art. 13 l. n. 24/2017 all'omissione, alla tardività e alla incompletezza delle comunicazioni. I dubbi di costituzionalità espressi erano, tuttavia, non condivisi dal giudice adito.

⁸ Cass., ss.uu., ord. 20.06.2007 n. 14301.

⁹ IANNONE R.F., Le procedure deflative del contenzioso civile: il ricorso ex art. 696-bis c.p.c. e il ruolo nevralgico del consulente finalizzato all'agevolazione dell'accordo tra le parti, cit., in FILIPPELLI M. (a cura di), La responsabilità sanitaria, cit., p.625-636.

¹⁰ MARTINENGO P., L'obbligo di comunicazione, cit. in AA. VV., Sicurezza delle cure, cit. p. 199-200; FACCIOLI M., L'obbligo di comunicare, cit., p. 8; FRASSINETTI A., Le condizioni di procedibilità dell'azione di risarcimento danni da responsabilità sanitaria, in Riv. dir. proc., 2023, 915-930.

tal senso, ha richiamato il consolidato orientamento della Corte di cassazione che riconduce l'accertamento tecnico preventivo alla categoria dei giudizi conservativi¹¹ ovvero dei giudizi cautelari di istruzione preventiva¹², e, non di meno, richiamando una serie di aspetti (competenza del giudice, valore probatorio dell'accertamento tecnico preventivo e conservazione dei suoi effetti nell'ambito dell'eventuale, successivo processo di cognizione) che fanno preferire l'inquadramento del procedimento come giudiziale.

Invero, la giurisprudenza contabile si è spinta anche oltre, considerando il ricorso per c.t.p. conciliativa e il giudizio di merito ex art. 702-bis c.p.c. come un "complesso procedurale indivisibile", di cui il giudizio di merito costituisce una fase solo eventuale¹³. In tal senso, emerge dalle pronunce della giurisprudenza contabile che la consulenza tecnica preventiva costituisce, rispetto al giudizio di merito, un'istruttoria "anticipata", la partecipazione alla quale è obbligatoria per tutte le parti, comprese le imprese di assicurazione, ai sensi dell'art. 7, comma 4, della L. 24/2017¹⁴. Per quanto detto, può ritenersi che il momento di instaurazione del giudizio per risarcimento del danno in materia di colpa medica è da individuarsi propriamente nella proposizione del ricorso ex art. 696-bis c.p.c., con la conseguenza che, laddove il legislatore all'art. 13 L. 24/2017, utilizza la locuzione "instaurazione del giudizio", si riferisce anche e propriamente alla proposizione del ricorso per l'introduzione della c.t.u. conciliativa.

3. Obbligo di informare circa la proposizione del ricorso ex art. 696-bis c.p.c. anche laddove lo stesso non esiti in una relazione peritale

Affermato il principio per il quale alla proposizione del ricorso ex art. 696-bis c.p.c. (recte: alla sua notifica alla struttura sanitaria o all'impresa di assicurazione) consegua l'obbligo delle comunicazioni di cui all'art. 13 della cd. legge Gelli, ci si può chiedere se sia ragionevole l'applicazione della sanzione della inammissibilità dell'azione civilistica di regresso ovvero dell'azione di responsabilità amministrativo-erariale, per il caso di violazione degli obblighi informativi, anche nell'ipotesi in cui la lite sia composta dalle parti in un momento antecedente al deposito della consulenza tecnica.

Invero, può ben accadere che le parti in lite giungano ad un accordo transattivo prima che il consulente tecnico sia nominato dal Tribunale o, comunque, prima che questi possa iniziare le operazioni peritali: in tali casi, con ogni evidenza, non sarebbero le valutazioni espresse dal c.t.u. ad orientare i criteri di composizione della controversia, bensì diversi elementi di natura tecnica, medica o giuridica ricavati *aliunde*, così come ragioni di mera opportunità.

Può, sul punto, considerarsi che se la norma di cui all'ultimo periodo dell'art. 13 deve essere interpretata in senso funzionale a garantire la difesa dell'esercente la professione sanitaria, potrebbe ritenersi che la sanzione dell'inammissibilità dell'azione di regresso e dell'azione di responsabilità amministrativa

debba riguardare solo quei casi in cui l'omessa, tardiva o incompleta comunicazione prevista dalla disposizione abbia provocato in concreto un deficit difensivo a danno degli esercenti la professione sanitaria, impedendone la possibilità di partecipazione ad un giudizio o ad un procedimento effettivamente svoltosi e conclusosi.

Tuttavia, sempre la finalità massimamente garantista del sistema di responsabilità inaugurato con la L. 24/2017, ha condotto la magistratura contabile¹⁵ a preferire un'interpretazione più rigorosa della norma e attinente allo stretto dato letterale: la violazione degli obblighi informativi da parte della struttura sanitaria in ordine alla proposizione del ricorso ex art. 696-bis c.p.c. conduce all'inammissibilità delle azioni (privatistica) di regresso e (pubblicistica) di responsabilità amministrativa, anche per il caso in cui tale procedimento non si concluda con il deposito della consulenza tecnica.

In tal senso, è stato notato che se gli esercenti la professione sanitaria sono tempestivamente e correttamente informati della proposizione del ricorso ex articolo 696-bis c.p.c., questi possono, intervenendo nel giudizio¹⁶, alimentare loro stessi il procedimento di consulenza tecnica preventiva avviato col predetto ricorso, proseguendolo nell'esplicazione delle strategie difensive reputate più utili, con il possibile effetto di scongiurare la composizione stragiudiziale della controversia e arrivare al deposito di una relazione del c.t.u. agli stessi, in ipotesi, più vantaggiosa.

4. L'individuazione del momento di avvio delle trattative giudiziali

Passando ad esaminare le ipotesi contemplate al secondo periodo dell'art. 13, ovvero agli obblighi informativi conseguenti alle trattative con la parte danneggiata, può notarsi che il punto maggiormente dibattuto in dottrina afferisce all'individuazione dell'esatto momento di avvio delle stesse¹⁷.

Il *punctum pruriens* è che l'errore nell'individuazione del momento di avvio delle trattative, influenzando sull'invio delle comunicazioni, avrebbe ricadute in ordine alla possibilità per l'azienda sanitaria di esperire l'azione di rivalsa e per il pubblico ministero contabile di proporre l'azione di responsabilità amministrativa: con ogni evidente conseguenza diretta per i funzionari dell'ufficio legale che abbiano ritardato tale adempimento e che abbiano provocato la perdita dell'azione da parte del suo titolare.

Sul punto, la dottrina ha espresso le posizioni più varie. Si è sostenuto che il momento idoneo ad individuare l'avvio delle trattative sia da retrodatarsi sino alla ricezione da parte della struttura sanitaria della richiesta risarcitoria da parte del danneggiato, costituendo quello proprio il primo atto del privato idoneo ad avviare un'interlocuzione con la struttura sanitaria tesa a concordare un risarcimento¹⁸; altri autori hanno, invece, ritenuto che perché possa parlarsi dell'avvio di una trattativa, occorre che la richiesta di una parte sia riscontrata da un atto della struttura sanitaria che manifesti la disponibilità a comporre la controversia¹⁹.

¹¹ ex multis: Cass., sez. II, ord. 07.05.2020 n. 8637; Id., 12.01.2016 n. 3357, sent. 20.04.2011 n. 9066.

¹² Cass., sez. VI-3, ord. 19.01.2022 n. 5046; sez. III, ord. 09.11.2020 n. 24981. Si evidenzia che C. cost. 21.12.2023 n. 222, ha riconosciuto al giudizio ex art. 696-bis c.p.c. natura ibrida, essendo, da un lato, mezzo di istruzione preventiva e, dall'altro, un rimedio di alternative dispute resolution (ADR): nella norma in questione la funzione "conciliativa" viene affidata ad un soggetto estraneo all'ordine giudiziario quale il consulente tecnico, fermo il potere-dovere del giudice di verificare la sussistenza dei presupposti di ammissibilità della consulenza, che investono sia la fondatezza delle domande oggetto dell'eventuale futura causa, sia la rilevanza – rispetto al potenziale giudizio di merito – dei fatti per i quali si richiede l'indagine peritale, oltre alla necessità di ricorrere alle competenze di un esperto in materia.

¹³ Vd. supra, nota 7.

¹⁴ La tesi riecheggia quella espressa anche da Iannone R.F., Le procedure deflattive del contenzioso civile, cit., in FILIPPELLI M. (a cura di), La responsabilità, cit., p.637-648, il quale ha efficacemente notato che la particolarità del procedimento ex art. 696-bis c.p.c. e il suo inserimento nel sistema normativo della cd. legge Gelli quale condizione di procedibilità del successivo – eventuale – giudizio di merito, è nel fatto che il legislatore ha, almeno in parte, svincolato dalla valutazione del giudice le risultanze di una relazione espressa da un consulente, laddove, nell'ordinamento italiano, la consulenza tecnica è stata sempre intesa non come un mezzo di prova, ma come un mezzo di ricerca della prova. Proprio tale rilievo, tuttavia, conduce parte della dottrina – nel senso espresso, ANSANELLI V., Esperti e risoluzione anticipata delle controversie civili nei nuovi artt. 696 e 696-bis c.p.c., in Riv. Trim. Dir. Proc. Civ., 2006, p. 1254 – ad inquadrare tale rimedio come uno strumento nuovo ed alternativo teso alla risoluzione delle controversie, che seppur collocato nell'ambito di un procedimento giurisdizionale, deve essere ricondotto più propriamente alla categoria della "conciliazione delegata".

¹⁵ Vd. supra, nota 7.

¹⁶ PAGNI I., La riforma della responsabilità medica. I profili processuali, in Quest. Giust., 2018, I, p. 174-189 evidenzia che, sebbene la disciplina processuale indicata all'art. 696-bis c.p.c. non preveda esplicitamente né chiamate né interventi, tuttavia la dottrina ammette tali possibilità, sul presupposto che le norme del codice che quegli istituti regolano sono contenute nelle disposizioni generali del codice di rito e possono essere applicate, con gli opportuni adattamenti, anche ad un procedimento particolare, quale è quello della consulenza tecnica preventiva in funzione di conciliazione della lite. Sul punto, altresì, BERNARDI A., L'azione di rivalsa, in AA.VV., Sicurezza delle cure, cit., p. 128.

¹⁷ FACCIOLI M., L'obbligo di comunicare, cit., p. 8; Fiore A., La responsabilità amministrativa presso la Corte dei conti, in AA. VV., Sicurezza delle cure, cit., p. 149.

¹⁸ BUZZELLI D., La violazione degli obblighi di comunicazione all'esercente la professione sanitaria, in ALPA G. (a cura di), La responsabilità sanitaria, Pisa, 2022, p. 630.

¹⁹ ROSSETTI M., La riforma della responsabilità medica. L'assicurazione, in Quest. Giust., 2018, p. 173, individua tale momento di avvio delle trattative, alternativamente, in: a) un invito a mediare; b) un invito alla negoziazione assistita; c) una proposta "secca" di concludere un contratto di transazione ex art. 1965 cc, cui abbia fatto seguito una controproposta del debitore.

Sono, poi, variegata le ulteriori posizioni che valorizzano specifici momenti di contatto tra paziente e struttura sanitaria idonei ad individuare con precisione tale momento di avvio della trattativa²⁰.

Pur non affrontando la questione in via diretta, la Corte dei conti, in recenti arresti²¹, ha svolto considerazioni utili ad operare qualche ragionamento sulla questione. Infatti, è stato specificato che la notificazione del ricorso ex art. 696-bis c.p.c. va comunicata all'esercente la professione sanitaria anche per la denegata ipotesi in cui non si volesse considerare lo stesso come un atto introduttivo di un giudizio (in tal senso fondante l'obbligo di comunicazione ai sensi del primo periodo dell'art. 13), in quanto individuerebbe comunque il momento di avvio delle trattative (dal quale scaturisce, quindi, l'obbligo di comunicazione ai sensi del secondo periodo dell'art. 13).

Orbene, si è già detto *supra* della funzione conciliativa del rimedio disciplinato dall'art. 696-bis c.p.c. ed è indubbio che la proposizione di tale ricorso miri, in primo luogo, alla composizione della lite tra il paziente e la struttura sanitaria (o l'impresa di assicurazione). È da chiedersi, tuttavia, se la mera proposizione del ricorso per c.t.u. conciliativa, per iniziativa della parte che si assume danneggiata, possa costituire, di per sé, inizio della conciliazione, pur in difetto di costituzione della parte chiamata a resistere; evento, quest'ultimo, che la cd. legge Gelli mira a scongiurare, prevedendo al quarto comma dell'art. 8 l'obbligatorietà della partecipazione nei confronti di tutte le parti e la condanna alle spese di lite e di giudizio a carico delle parti che non abbiano partecipato al procedimento, oltre ad una pena pecuniaria nei confronti delle altre parti comparse alla conciliazione.

Resta, purtuttavia, la possibilità per le strutture sanitarie di non partecipare al procedimento di c.t.u. conciliativa, per le più svariate ragioni che sono riconducibili, comunque, alla volontà di non tentare la conciliazione nell'ambito del procedimento in questione.

In tale ipotesi, per quanto certamente non frequente nella pratica, viene in evidenza che la mera proposizione del ricorso ex art. 696-bis c.p.c. costituirebbe solo la *proposta* di avviare una

conciliazione, veicolata dalla parte danneggiata, attraverso la notifica, alla struttura sanitaria. E se, tuttavia, nell'opinione della giurisprudenza contabile, la semplice notificazione dell'atto introduttivo di tale procedimento, individua l'onere per la struttura sanitaria di inviare ai sanitari presunti responsabili le comunicazioni di cui all'art. 13, questo porterebbe a comprendere che, specularmente, anche la mera proposizione dell'istanza risarcitoria potrebbe far scattare l'onere di tale adempimento.

Certamente tale ricostruzione dell'istituto avrebbe l'indubbio vantaggio per la struttura sanitaria di poter acquisire dall'esercente la professione sanitaria elementi conoscitivi e di valutazione sin dalle fasi preliminari della lite, utili anche per assumere una decisione più consapevole in ordine alla strategia difensiva; conoscendo, infatti, del sinistro anche e direttamente dal sanitario che aveva in cura il paziente danneggiato, la struttura sanitaria potrebbe meglio valutare se sia più opportuno addivenire ad una conciliazione ovvero se sia conveniente opporsi alle istanze del presunto danneggiato.

Si deve notare, d'altra parte, che, se questa opzione interpretativa troverà migliore affermazione anche in pronunce successive che abbiano ad affrontare *funditus* il punto, l'effetto, sotto il profilo applicativo, sarebbe quello di appesantire ancor più il lavoro degli uffici interni alle strutture sanitarie, i quali sarebbero onerati di inviare le comunicazioni di cui all'art. 13 legge cd. Gelli già solo alla ricezione della richiesta risarcitoria da parte di ogni danneggiato e prima ancora che venga effettuata una valutazione dagli organi competenti della struttura in ordine al comportamento da assumere.

Invero, è opinione di chi scrive che la semplice diffida ad adempiere del danneggiato o un'istanza di conciliazione comunque denominata non possa qualificarsi come *avvio delle trattative*, come tale fondante l'obbligo di trasmissione delle comunicazioni; poiché, infatti, la trattativa individua una fase preliminare alla redazione di un accordo, si ritiene che anche la stessa non possa ritenersi avviata se non in presenza della manifestazione di volontà ad addivenire ad un contratto da tutte le parti in lite.

Rifacendosi all'esperienza di alcune strutture sanitarie nella gestione dei sinistri, si ritiene che il momento di avvio delle trattative sia da individuarsi nella decisione assunta in seno al Comitato Valutazione Sinistri (o altro organo interno all'azienda sanitaria, diversamente denominato, incaricato della valutazione delle istanze risarcitorie) di tentare la composizione stragiudiziale della controversia.

Certamente, rispetto alla diversa ipotesi interpretativa, ricavata tra le righe della recente pronuncia del giudice contabile, il sanitario si troverebbe a partecipare al procedimento quando già la struttura sanitaria ha assunto la decisione di tentare la composizione transattiva della lite, perdendo la possibilità di incidere sulla scelta della strategia difensiva. Se ciò è vero, tuttavia deve considerarsi che: *a*) è comune all'esperienza di funzionamento dei CVS, laddove gli stessi ritengono utile consultare i sanitari che avevano in cura i pazienti istanti, sollecitare una relazione o la partecipazione diretta dei sanitari stessi ai lavori del CVS; *b*) la transazione che la struttura sanitaria intenda stipulare con il danneggiato riguarda unicamente le parti che la sottoscrivono e obbedisce ad una valutazione discrezionale in ordine alla gestione del contenzioso che appartiene alla struttura sanitaria e non al medico, al quale ultimo la transazione non è peraltro opponibile; *c*) l'eventuale partecipazione del medico alle trattative può, comunque, offrire qualche elemento utile alla definizione dell'accordo transattivo in termini tendenti all'ottimo paretiano.

5. Natura processuale delle comunicazioni ex art. 13, legge 8 marzo 2017, n. 24 (cd. Gelli)

Questione di non agile risoluzione è quella qualificatoria della natura processuale da attribuire alle comunicazioni previste dall'art. 13 L. 24/2017.

Già la giurisprudenza contabile aveva qualificato tale istituto come condizione di procedibilità²². In tal senso, l'onere di effettuare le comunicazioni agli esercenti la professione sanitaria nei termini imposti dall'art. 13, sarebbe da considerare alla stregua del procedimento di mediazione, con riferimento all'esercizio delle azioni in quelle materie nelle quali la L. 28/2010 prevede come obbligatorio l'esperimento di tale rimedio; ovvero alla stregua del procedimento

per accertamento tecnico preventivo, reso obbligatorio dal legislatore di cui alla L. 111/2011 per la proposizione delle controversie in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, nonché di pensione di inabilità e di assegno di invalidità. Infatti, nelle situazioni rappresentate, l'omessa proposizione del rimedio preliminare, inficia la procedibilità della domanda.

La peculiarità dell'istituto in argomento rispetto alle altre condizioni di procedibilità note all'ordinamento sarebbe, tuttavia, individuabile nel fatto che l'omissione degli adempimenti collegati agli oneri informativi ai sanitari, stante il termine stringente imposto dall'art. 13 L. 24/2017, non sarebbe in ogni caso attività recuperabile successivamente all'istaurazione del giudizio, per guadagnare la procedibilità dell'azione.

Probabilmente di ciò si è avveduto l'estensore della sentenza n. 80/2024 della sezione di Appello della Corte dei conti, il quale qualificava tale onere, piuttosto che condizione di procedibilità, in termini di *"condizione di ammissibilità dell'azione, che quindi deve sussistere al momento della proposizione della domanda"*.

Invero, la qualificazione in termini di *condizioni di ammissibilità dell'azione*, fa riferimento ad una sanzione più severa rispetto a quella di improcedibilità, proprio in quanto non recuperabile. Orbene, le pronunce di inammissibilità sono pronunce di rito che si riferiscono ai casi in cui si considera carente l'interesse della parte attrice rispetto alla pronuncia di merito, ovvero ai casi in cui sussistono altre ragioni ostative ad una pronuncia sul merito; nel caso di specie, effettivamente, l'omessa, tardiva o incompleta comunicazione al sanitario da parte della struttura sanitaria, impedisce al giudice contabile di addivenire ad una pronuncia sul merito della domanda proposta dal pubblico ministero contabile, così come sterilizza l'azione di regresso proponibile dalla struttura sanitaria contro il medico dipendente. Peraltro, l'insanabilità di tale situazione consente di riferire tale ipotesi di inammissibilità a quelle in cui il vizio, preclusivo della pronuncia di merito, incide sull'esistenza stessa del potere di azione.

La categoria delle condizioni di ammissibilità è piuttosto trasversale nell'ordinamento e afferisce ad una serie di casi in cui la domanda

²⁰ Una rassegna di tali posizioni è offerta da PALADINI M., L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria, in Resp. med., 2018, 146.

²¹ Vd. *supra*, nota 7.

²² C. conti. sez. giur. Lombardia, sent. 06.04.2023 n. 77.

giudiziale è pregiudicata dallo svolgimento di un'attività stragiudiziale e preparatoria che si trova nella disponibilità di chi intende far valere il proprio diritto in giudizio.

Così, si può far riferimento alla mediazione tributaria di cui all'art. 17-bis, comma 2, d.lgs. n. 546/1992, prima che l'art. 1, comma 611, l. n. 147/2013 lo trasformasse proprio in condizione di procedibilità, oppure alla domanda amministrativa di rivalutazione contributiva da esposizione all'amianto di cui all'art. 7 L. 533/1973 rispetto alla proposizione dell'azione ex art. 443 c.p.c., per pensare ad ipotesi in cui la mancata proposizione di procedimenti pregiudiziali determinano effetti analoghi ad una carenza di giurisdizione²³.

In effetti, anche l'omessa comunicazione al sanitario, nei modi e nei tempi imposti dalla L. 24/2017, sembra condizionare, se non l'esistenza del diritto di credito riconoscibile in capo alla struttura sanitaria, certamente, però, la sua possibilità di azionarlo in giudizio nei confronti del medico che abbia agito con dolo o colpa grave. Tanto ciò è vero, che il pubblico ministero contabile, in tali casi, non perderebbe la possibilità di agire per tentare di recuperare l'esborso subito dalla struttura sanitaria, nei confronti del funzionario che abbia omesso la corretta esecuzione delle comunicazioni nei confronti dei sanitari presunti responsabili, come suggerisce la stessa giurisprudenza contabile.

6. Questioni ancora aperte e conclusioni

Lungi dal rilevare ai soli fini della qualificazione giuridica da riferire all'istituto in argomento, la problematica esposta nel precedente paragrafo riveste interesse quanto all'alterità del soggetto che omette le comunicazioni e quello sul quale ricade la sanzione impeditiva in ordine all'esercizio dell'azione.

Invero, anche per i richiami operati al precedente

paragrafo ad altri oneri preclusivi assimilabili a quello previsto dall'art. 13 L. 24/2017, può notarsi che l'ordinamento riferisce tali oneri sempre allo stesso soggetto titolare del potere di azione (e del diritto ad essa sotteso): l'inerzia del titolare del diritto è, in altri termini, sanzionata con la decadenza dal potere di azionarlo in giudizio.

Per il caso in cui la struttura sanitaria pubblica ometta le comunicazioni di cui all'art. 13, la sanzione della decadenza colpisce, tuttavia, sì, da un lato, la stessa struttura sanitaria rispetto al potere di agire per il regresso in sede civilistica; ma identica preclusione va a riguardare anche un soggetto diverso dal titolare di tale diritto, quale è la Procura contabile astrattamente legittimata all'azione di responsabilità amministrativa.

Ed è proprio tale scollamento tra titolare del diritto inerte rispetto all'onere imposto dall'ordinamento e destinatario della sanzione a costituire probabilmente un *unicum* nel panorama dell'ordinamento giuridico vigente. Invero, la Procura contabile, nel proporre l'azione di responsabilità amministrativa, non va ad esercitare il diritto di regresso di cui è titolare l'azienda ospedaliera, bensì agisce a tutela del diverso e più generale interesse collettivo alla sana e corretta gestione finanziaria²⁴: nell'esercitare l'azione pubblica tesa all'affermazione di un interesse collettivo e costituzionalmente garantito, incredibilmente la stessa può incontrare una preclusione processuale dovuta ad un'omissione, non recuperabile *ex post*, riferibile ad un soggetto diverso, con il quale non si trova neanche in rapporto di rappresentanza. La situazione descritta è stata notata da parte di attenta dottrina, che ha dubitato della compatibilità costituzionale di tale istituto rispetto alle norme che garantiscono il potere di azione attribuito dalla costituzione alla Procura contabile a tutela dello Stato-comunità²⁵.

La Corte dei conti, pur sollecitata espressamente nel senso indicato, ha ritenuto, tuttavia, non sussistente il prospettato contrasto²⁶: è stato, infatti, opinato che, ritenuti sussistenti i presupposti della responsabilità amministrativa, il pubblico ministero contabile possa agire nei confronti dei dipendenti dell'amministrazione sanitaria che abbiano omesso l'adempimento dell'onere imposto dall'art. 13 L. 24/2017, privando l'amministrazione sanitaria della *chance* di ottenere il risarcimento del relativo danno dai diretti responsabili dello stesso.

Ad opinione di chi scrive, tuttavia, tale soluzione non risolve in modo soddisfacente il problema legato alla perdita dell'azione da parte del pubblico ministero contabile, tenuto anche conto che la situazione in argomento non appare perfettamente assimilabile a quella presa in considerazione dall'art. 1, comma 3, della legge 14 gennaio 1994, n. 20: tale norma prevede che, qualora la prescrizione maturi nei confronti dei diretti responsabili del danno erariale, l'azione risarcitoria deve essere rivolta nei confronti di coloro che, omettendo di denunciare il danno, tale prescrizione abbiano provocato²⁷. Orbene, nel caso ivi normato, la possibilità di "traslare" le conseguenze dell'azione di responsabilità su chi ha omesso di dare notizia del danno erariale è prevista dal legislatore a fronte di una fattispecie che già avrebbe consentito di individuare in modo sufficientemente compiuto tutti i principali aspetti di configurazione della responsabilità amministrativa; al contrario, nel caso preso in considerazione dall'art. 13 cd. legge Gelli, la fattispecie dannosa per l'erario è assolutamente embrionale allorché è conosciuta dagli uffici legali dell'azienda sanitaria. Ciò che va evidenziato è che l'avanzamento del diritto di difesa del medico è già perseguito da numerose altre disposizioni della stessa legge e che non dipende dalla previsione di oneri informativi a pena di inammissibilità delle successive azioni di rivalsa.

Peraltro, nessuno ha mai dubitato che l'ordi-

namento giuridico, già prima dell'introduzione dell'obbligo delle comunicazioni di cui all'art. 13, garantisse il diritto di difesa dell'esercente la professione sanitaria, consentendogli di spiegare le proprie difese nell'ambito del giudizio di regresso o in quello di responsabilità amministrativa: in altri termini – e per dirla con una diversa parte della stessa giurisprudenza contabile²⁸ – l'art. 13 non ha colmato un vuoto di tutela suscettibile di ripresentarsi nel caso di mancata applicazione della norma stessa, ma ha semplicemente offerto all'esercente la propria difesa al momento della controversia tra la struttura e il terzo danneggiato. Sicché, tanto considerato, potrebbe preferirsi un bilanciamento diverso tra l'interesse costituzionale rappresentato dalla tutela del pubblico erario tramite l'esercizio dell'azione di responsabilità da parte del pubblico ministero contabile, e quello alla semplice anticipazione/rafforzamento del diritto alla difesa dell'esercente la professione sanitaria.

Invero, la norma di cui all'art. 13 della L. 24/2017 presta indubbiamente il fianco ad una serie di ragionamenti ermeneutici di non facile soluzione, afferenti, ad esempio, alla dubbia necessità della comunicazione anche quando il medico sia stato direttamente convenuto dal paziente danneggiato, unitamente alla struttura sanitaria, nell'ambito dell'azione civilistica di condanna; alla necessità della doppia comunicazione, da parte sia della compagnia assicuratrice sia della struttura sanitaria; alla necessità della comunicazione per i casi in cui sia assolutamente difficile individuare il responsabile del danno (si pensi alle purtroppo ricorrenti problematiche legate alle infezioni nosocomiali). Come spesso accade, nell'attesa di interventi chiarificatori del legislatore, spetta alla giurisprudenza esercitare un compito di supplenza, che si dimostra inevitabilmente tanto più arduo quanto più ampie sono le lacune individuabili nella normativa.

²³ Così Cass., sez. lav., 04.04.2022 n. 10745, con riferimento all'azione ex art. 443 c.p.c. rispetto ad una domanda introdotta senza previa presentazione della domanda amministrativa all'ente previdenziale da parte dell'interessato.

²⁴ MADDALENA P., La sistemazione dogmatica nella responsabilità amministrativa, in www.amcorteconti.it. In giurisprudenza, cfr. la recente C. conti, sez. I app., 14.06.2024 n. 146 "Il Pubblico Ministero contabile è organo preposto alla tutela dell'interesse generale alla legalità finanziaria e del buon andamento della pubblica amministrazione e, in tale veste, è dotato di una propria legittimazione ad agire, riflesso di un autonomo diritto sostanziale; e invero, lo specifico interesse dell'amministrazione danneggiata al reintegro del patrimonio è tutelato in tale giurisdizione speciale solo indirettamente quale interesse concorrente con quello volto alla tutela dell'integrità dell'ordinamento giuridico, compromesso dalle condotte antigiuridiche dei soggetti convenuti avanti il giudice contabile; non essendo invero il pm contabile né un sostituto processuale, né un rappresentante dell'amministrazione lesa".

²⁵ POLICE A.-FRATTO ROSI GRIPPAUDO E., La responsabilità erariale, cit., p. 477-481.

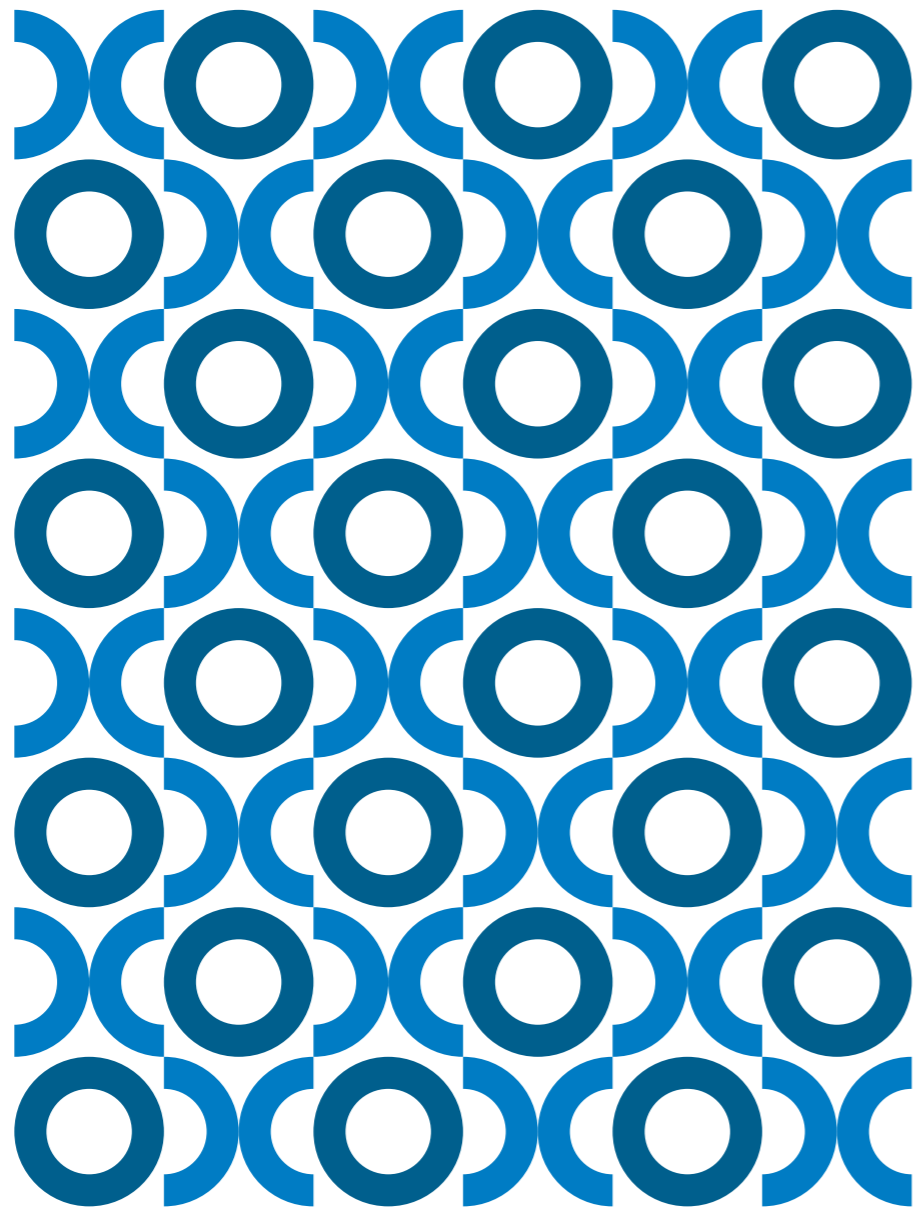
²⁶ Vedi supra, nota 7.

²⁷ Per approfondire il tema, ex plurimis, BERCELLI J., L'obbligo di denuncia di danno erariale dopo il d.l. Semplificazione del 2020, Napoli, 2021.

²⁸ C. conti, sez. giur. Friuli V.G., ord. 12.12.2022 n. 59.

Il destino della legge 8 marzo 2017, n.24 sospeso tra strumenti deflattivi della “medicina astensiva” e proliferazione della “burocrazia difensiva”

Avv. Marta Viganò, Direttore S.C. Affari Generali e Legali - Fondazione IRCCS SAN Gerardo dei Tintori - Monza



Premesse

La responsabilità medica è stata per molti decenni patria di incertezza, soprattutto in ambito civilistico, ove l'assenza di un quadro normativo efficace era stata colmata da un sistema di regole sorte dall'ermeneutica.

Ne era derivato un “diritto vivente giurisprudenziale”, caratterizzato da una giustizia definita da molti di tipo “pretorio”, ossia del singolo caso e del singolo Foro, contribuendo a sviluppare e cristallizzare principi di merito validi nell'ambito territoriale della pronuncia.

La promulgazione di un testo legislativo quale la cd. legge Gelli era stata pertanto accolta sia dagli operatori sanitari sia dagli addetti amministrativi delle strutture sanitarie pubbliche con l'entusiasmo di chi si attende, da un lato, un viatico per una realizzazione piena della tutela del diritto alla salute, intesa non solo come di riduzione della conflittualità con i pazienti e ricostituzione dell'alleanza terapeutica, ma anche come potenziamento dei sistemi di Risk Management per una maggiore sicurezza nelle cure, dall'altro come strumento (più volte invocato) di snellimento del panorama giuridico soprattutto in sede interpretativa e applicativa e conseguentemente di certezza e uniformità del diritto.

I sette anni di vita della novella legislativa hanno dato sicuramente evidenza dello sforzo compiuto dagli estensori del testo per aver dato impulso ad una sorta di “sistemizzazione” della responsabilità professionale del personale sanitario, ma hanno fatto emergere una molteplicità di criticità applicative, che – mio malgrado – avevo già avuto modo di pronosticare all'alba della genesi della nuova fonte giuridica.¹

Lasciando per ora sopite le spinte ad approfondire aspetti di incostituzionalità e illegittimità di alcune disposizioni contenute nella legge (si citano, tra gli altri, il doppio inquadramento della responsabilità civile-contraattuale ed extracontraattuale, il doppio se non triplo binario delle “azioni di rivalsa”, la controversa giurisdizione esclusiva), è sufficiente ricordare che molti rinvii a decreti attuativi/applicativi sono rimasti senza seguito ad eccezione del neonato Decreto del Ministro delle Imprese e del Made in Italy di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle Finanze n. 232 del 15.12.2023 (pubblicato in G.U. il 1.3.2024) in tema di requisiti minimi delle polizze assicurative sanitarie, nonché dei fondi rischi, di lunga e controversa gestazione.

E proprio l'art. 13 “*Obbligo di comunicazione all'esercente della professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità*”, sul quale ci soffermeremo, pone ad un operatore amministrativo deputato a dare contenuto concreto a tale norma, una serie di incongruenze gestionali non solo difficilmente superabili, ma anche foriere di raffiche scomposte di responsabilità amministrativa.

In tal senso, la recente Giurisprudenza contabile (tra le altre, Corte dei Conti, Sez. Giurisdizionale per la Regione Lombardia n. 77 del 2023; Corte dei Conti, Sez. II Giurisdizionale Centrale d'Appello n. 80/2024; Corte dei Conti, Sez. Giurisdizionale d'Appello per la Regione Siciliana n. 158/A/2022) suggella la percorribilità da parte della Procura dell'azione erariale nei confronti dei dipendenti che hanno omesso o ritardato la comunicazione di cui all'art. 13 L. 24/2017

¹ Contributo al Convegno ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo 5.2.2016 “Responsabilità professionale e rischio clinico: quale legge, quale opportunità?”.

“così privando l'Amministrazione della chance di ottenere il risarcimento del danno dai diretti responsabili dello stesso”.

Neppure però gli esercenti la professione sanitaria possono dormire sonni tranquilli. Veniamo con ordine.

Articolo 13 L. 24/2017

L'articolo succitato così recita:

“1. Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro dieci giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione entro dieci giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte. L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.”

Sicuramente la ratio della norma aveva un fine nobile: garantire agli esercenti la professione sanitaria – con ciò intendendo tutti coloro che a diverso titolo sono coinvolti nella gestione clinico-assistenziale del paziente – un'adeguata informazione circa i contenziosi in cui la loro responsabilità potesse essere compromessa. Poiché il passato aveva mostrato storie di avocazione totale delle controversie da parte delle aziende sanitarie e ancor di più delle Compagnie di Assicurazione, completamente omertose nei confronti degli interessati, l'avvento della norma avrebbe dovuto garantire, da un lato la condivisione dei percorsi difensivi, dall'altro una maggior responsabilizzazione dei sanitari, con l'eventuale corollario dell'attivazione di iniziative di Risk Management, dagli innegabili risvolti positivi sia in tema di preven-

zione e miglioramento delle cure sia di sicurezza per gli operatori.

Del resto, la necessità di una piena consapevolezza dei rischi nei quali si può incorrere non è più solo relegata all'ambito sanitario (si pensi al consenso informato), ma investe ormai – anche per soliti fini di esonero delle responsabilità – ambiti ordinari di vita quotidiana (si pensi alla MiFID² in tema di rapporti con Istituti Bancari o Assicurativi).

L'art. 13 si presta a rilevanti complessità attuative in tema di identificazione non solo delle fattispecie per cui scatta l'obbligo, ma anche dei soggetti tenuti all'adempimento e dei destinatari dello stesso, così come dell'esatta determinazione dei tempi e delle modalità della comunicazione, soprattutto se tali aspetti vengono posti in correlazione con l'estrema e anche – si permetta il termine – eccessiva gravità delle sanzioni legate all'ammissibilità/procedibilità delle azioni di rivalsa e di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

Le difficoltà interpretative emergono già da una sommaria – o forse ingenua – analisi della rubrica della norma.

Oggetto di applicazione

L'obbligo di comunicazione sembrerebbe essere circoscritto ai “giudizi” basati sulla responsabilità e non, invece a percorsi antecedenti l'apertura di un giudizio.

La rubrica dell'articolo “Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità” sembrerebbe suggerire ciò, ma il combinato disposto con l'articolo 9 apre altri orizzonti. Il comma 2 dell'art. 13, infatti, nel prevedere le preclusioni dell'azione di rivalsa, affianca la mancata partecipazione dell'esercente la professione sanitaria “al giudizio” a quella della “procedura stragiudiziale di risarcimento del danno”.

Conseguentemente, prudenza vuole, che l'appesantito scrivano amministrativo aderisca all'interpretazione estensiva che postula che la comunicazione sia effettuata nei seguenti casi:

- instaurazione di un giudizio o, meglio, notifica di atto introduttivo dello stesso (ricorso ex art. 696 bis c.p.c.; ricorso ex art. 281 undecies c.p.c.; atto di citazione e conseguenti atti di impugnazione);

- avvio di trattative stragiudiziali (sia nell'ambito di un procedimento giudiziario già pendente, sia al di fuori di tale percorso);
- istanze di mediazione ex art. 8 D. Lgs 28/2010 (a maggior ragione, visto che vengono contemplate le trattative stragiudiziali).

L'inclusione nel novero delle ipotesi comunicative di una siffatta moltiplicazione di fattispecie ha però inevitabilmente trasformato un tale atteggiamento cautelativo in un eccessivo rigore burocratico, che sta portando ad un incremento esponenziale delle attività e delle procedure amministrative con la necessità di strutturare uffici che gestiscano e monitorino la correttezza, la completezza e le scadenze di tali adempimenti.

È ovvio che a fronte di tali comunicazioni i sanitari non rimangono statue di sale, ma si pongono – e pongono agli uffici – numerosi interrogativi e domande. La “comunicazione” pertanto non si esaurisce più in un asettico inoltro di lettere “interrottive della prescrizione”, ma diventa ogni volta un necessario confronto con il “soggetto nominato”, diviso tra dubbi sulle iniziative assicurative da porre in essere e ansie sulle terribili ripercussioni delle azioni di rivalsa, di surrogazione, di responsabilità amministrative e, da ultimo, anche quelle sulle progressioni di carriera (art. 9, c. 5, ultimo periodo L. 24/2017 “Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori”).

Fortunatamente nelle nostre strutture sanitarie pubbliche (mi riferisco in particolare a quelle di Regione Lombardia, ove la gestione di tali problematiche è da più di un ventennio presidiata a livello regionale con ruoli rilevanti di indirizzo e coordinamento) è prassi radicata (e traslata in procedure specifiche) che il coinvolgimento del sanitario avvenga sin dagli albori della richiesta risarcitoria, e in alcuni casi ancora prima (come per le segnalazione dei near

miss o degli eventi avversi).

La fase prodromica dell'istruttoria prevede infatti l'acquisizione di una relazione specifica dal sanitario, al quale sono sempre garantiti il supporto del medico legale interno e la partecipazione alla discussione del caso in sede di Comitato Valutazione Sinistri, così come un suo coinvolgimento nella scelta dello specialista a supporto del medico legale.

La scelta di condividere tutti i momenti della gestione del “sinistro” con i sanitari – di fatto anticipando ad una fase precedente il giudizio le misure volte alla tutela del singolo operatore nell'esercizio della sua professione, evitando le pregiudizievoli conseguenze di azioni a lui sconosciute – è uno degli strumenti che attualmente si sta mostrando più efficace per evitare uno scivolamento degenerativo dell'art. 13 nella totale deriva del rapporto fiduciario tra strutture e medici (perlomeno attutisce gli effetti di una rigida applicazione che la perentorietà della norma suggerisce).

Soggetti tenuti all'adempimento

Come precisato, la comunicazione ex art. 13 della L. 24/2017 è diretta a consentire al professionista di essere parte delle vicende giudiziarie o stragiudiziali che attengono alle cure da lui prestate, sia in quanto lo stesso, essendo a diretta conoscenza dei fatti contestati, potrebbe contribuire alle argomentazioni difensive, sia in quanto le conseguenze di un'iniziativa conciliativa potrebbero ricadere nella sua sfera di responsabilità.

Come è noto, però, la stragrande maggioranza delle strutture sanitarie ha architetture di polizze a copertura della responsabilità professionale verso terzi con un trasferimento parziale del rischio e un importante intervento diretto della struttura sanitaria. Ciò in quanto il costo di una garanzia ad ombrello – ammesso che sia reperibile sul mercato – sarebbe insostenibile per la sanità pubblica.

Ciò, tuttavia, non può non impattare sull'identificazione del soggetto tenuto all'obbligo, laddove la norma annovera tra gli onerati non solo “le strutture sanitarie e sociosanitarie”, ma anche “le imprese di assicurazione che prestano le coperture assicurative”. Diventa allora veramente complicato, ove un evento dannoso in-

² Markets in Financial Instruments Directive (MiFID).

teressi, a seguito della sua valorizzazione economica, anche la copertura assicurativa, chi sia tenuto – se l’Azienda o l’Assicuratore – all’obbligo e, soprattutto come si dirà infra, all’identificazione del “nominato” o dei “nominati”.

Al fine di non incorrere in omissioni, tenuto anche conto dei termini assai ristretti, potrebbe essere d’ausilio una regolamentazione dei reciproci adempimenti, sempre che i rapporti con la Compagnia non siano compromessi..., ma anche qui si rende necessaria la “proceduralizzazione” dei segmenti di processo, con l’effetto di generare ulteriori spunti di contenzioso con la Compagnia o, comunque, rimpalli amministrativi che rasentano il formalismo estremo.

Destinatari delle comunicazioni

Tra le difficoltà maggiori incontrate nell’attuazione in concreto della norma vi è sicuramente quella che attiene l’identificazione corretta dei soggetti a cui destinare le comunicazioni.

Non va sottaciuto che la formulazione letterale del testo potrebbe portare a ritenere sussistente l’obbligo informativo solo per quei professionisti sanitari nei confronti dei quali il danneggiato “abbia promosso un giudizio”, ossia considerando solo quelli indicati specificatamente e nominativamente negli atti avversari. Tale ricostruzione ermeneutica, tuttavia, potrebbe apparire troppo restrittiva, soprattutto se letta alla luce della consolidata giurisprudenza contabile, che dà per scontato che il personale da individuare non sia solo quello esplicitamente indicato da controparte.

Solitamente è al medico legale della struttura che compete tale compito.

Si richiama, a tal proposito, il Decreto DG Welfare Regione Lombardia 27.10.2022, n. 15406 che così si esprime: “Dato che lo specialista Medico legale svolge una valutazione dettagliata del caso, volta ad evidenziare eventuali momenti critici, spetta a tale specialista in primis individuare i Sanitari di cui all’art.13 L. 24/2017. Per tale individuazione, lo specialista Medico legale può avvalersi della collaborazione delle varie articolazioni aziendali, tra cui in particolare la Direzione Medica di Presidio, la Direzione del Distretto, la Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali e i Direttori delle Unità cliniche”.

Non è escluso però che nel corso dell’istruttoria o dell’eventuale giudizio, soprattutto in occasioni di Consulenze Tecniche d’Ufficio sempre più “esplorative” e sempre meno focalizzate sulle allegazioni di controparte in tema di inadempimento qualificato, vi siano difformi valutazioni delle responsabilità e soprattutto emergano incidenze causali di comportamenti di soggetti diversi da quelli individuati *ab origine*. Ciò costituisce una grossa criticità, laddove una comunicazione a procedimento già instaurato potrebbe precludere una fattiva partecipazione del sanitario al processo, oltre che impedire l’attuazione formale delle disposizioni legislative.

È indubbio che la traslazione della responsabilità medica dall’alveo della responsabilità civile contrattuale a quella paraoggettiva o aggravata (si pensi all’ormai fronte aperto dei risarcimenti danni per quelle che vengono definite “infezioni nosocomiali”) generi numerose incertezze interpretative laddove, in concreto, risulta impossibile l’identificazione di condotte astrattamente riconducibili all’evento, mentre in astratto la giurisprudenza più recente ha ventilato il coinvolgimento delle funzioni apicali.

Al fine, pertanto, di non incorrere in errori che possano generare responsabilità degli operatori amministrativi, è diffusa tra i nostri uffici la pratica “estensiva” volta ad inviare comunicazioni a pioggia, per ricomprendere tutti i potenziali professionisti coinvolti nell’evento soprattutto quando i percorsi clinici sono lunghi e diversificati.

Si può tranquillamente citare il caso di un giudizio civile preceduto da un procedimento penale – fortunatamente conclusosi con un’archiviazione – ma in cui imputati erano 45 sanitari. Non solo sono stati raggiunti tutti dalle comunicazioni ex art. 13 della L. 24/2017, ma è stato necessario organizzare una riunione plenaria per sedare animi e ansie. A prescindere poi dall’effettivo coinvolgimento, per il sanitario “nominato” si apre il dilemma della denuncia assicurativa, che da un lato porta ad un valzer dei dinieghi della presa in carico da parte delle Compagnie, dall’altro, rileva in termini di impatti economici sulle quotazioni assicurative del rischio.

Tempi e modalità delle comunicazioni

Il legislatore ha indicato termini perentori e modalità specifiche per le comunicazioni.

Quanto ai primi, la concessione della dilazione temporale, che la L. 3/2018 ha portato da 10 giorni a 45, non risolve minimamente la problematica.

Pensiamo ad un atto introduttivo pervenuto come un fulmine a ciel sereno, senza che sia preceduto neppure da una minaccia di tempesta. Spesso il lasso di tempo è insufficiente a gestire un’istruttoria che produca dati e nominativi certi. Ma vi è di più: il Foro di Monza, ad esempio, è così solerte da fissare le udienze di prima comparazione nei ricorsi ex art. 696 cpc a ridosso del deposito del ricorso, in termini cioè tali da non consentire l’identificazione dei soggetti, o comunque da poterlo fare in tempi utili per un eventuale intervento in giudizio, laddove interessati.

L’informativa di cui all’art. 13 non riguarda però solo l’instaurazione di un giudizio; la scadenza temporale data dal legislatore si connota di un alone di fitto mistero quando occorre informare dell’“avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato”.

Le difficoltà interpretative diventano insormontabili.

- Quale il *dies a quo* della decorrenza dei termini?
- Cosa si intende per “avvio di trattative”?
- Se il sinistro è gestito dalla Compagnia di Assicurazione, come può avvenire il coinvolgimento del sanitario?

E ancor di più desta stupore il riferimento alla circostanza che l’informativa deve recare l’invito a prendervi parte.

Non è assolutamente chiaro quale ruolo possa avere l’esercente la professione sanitaria nella conduzione delle trattative (partecipare tramite un proprio legale? con la propria Compagnia assicurativa? offrendo direttamente un risarcimento?).

Soprattutto nel caso in cui il parere del sanitario diverga da quello del Comitato Valutazione Sinistri, rimane dubbia la sua possibilità di interferire sulle scelte aziendali, non potendo – per lo meno astrattamente – impedire una transazione, la quale tuttavia dovrà essere sorretta da granitica e robusta motivazione

secondo criteri di razionalità, congruità e convenienza economica.

Di certo è che in tali supposte ipotesi (che sono destinate ad aumentare se il sanitario – come illustrato in precedenza – non partecipa alla gestione del caso, sin dal suo concretizzarsi) la conflittualità tra sanitari e struttura potrebbe minare gli assetti organizzativi della struttura stessa.

L’attuazione della disposizione legislativa si scontra però con un’altra consuetudine – ormai suggellata anche dagli Organi Giudicanti – ossia la formulazione di una proposta conciliativa da parte dei Consulenti tecnici d’Ufficio, sin dalla prima seduta delle operazioni peritali e che prescinde da ogni valutazione tecnica, precedendola.

Tale prassi è contestata a voce unanime da noi addetti agli uffici del contenzioso e si pone in netto contrasto con la buona intenzione dell’art. 13 di avviare un percorso di responsabilizzazione dei professionisti sanitari per gli eventi che li riguardano.

Questo *modus operandi* è ancor più pericoloso, in quanto espone l’Ente ad un esborso economico senza che vi sia una chiara configurazione delle criticità in tema di “an e “quantum”, con chiara opponibilità da parte dell’interessato dell’assenza di tali elementi in un potenziale giudizio di rivalsa.

La legge detta inoltre gli strumenti di inoltro delle comunicazioni: posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, dimenticando che nell’ottica della *ratio* della norma, solo una convocazione del professionista per la consegna diretta dell’informativa infarcita da un breve *exkursus* esplicativo, eviterebbe di cadere nello scongiurato e rigido formalismo. È scontato poi che il carattere “ricettizio” della comunicazione necessiti cioè della prova dell’avvenuta consegna al destinatario.

Contenuto dell’informativa

Nulla è detto sul contenuto della missiva, che tuttavia – a parere della scrivente – deve essere accompagnata dagli atti necessari alla completa comprensione dell’evento e soprattutto di come la controparte l’ha ricostruito. Ci si riferisce in particolare al ricorso e all’atto introduttivo

tivo, alle consulenze tecniche d'ufficio, alle sentenze o provvedimenti pronunciati in udienza o in corso di causa.

Non è inusuale che il Giudice stesso provi a formulare una potenziale conciliazione.

Anche i verbali dei percorsi di mediazione ex L. 28/2010, ai quali il sanitario non prende parte, dovrebbero essere sottratti al principio di riservatezza per poter essere trasmessi all'esercente la professione sanitaria interessato dell'evento.

Con l'informativa dovrebbe essere chiesta – laddove non sia ancora stato fatto – la produzione di eventuali osservazioni o documentazioni utili alla valutazione complessiva del sinistro, anche ai fini di analizzare percorsi conciliativi, del caso anche precisando che la gestione della richiesta risarcitoria e le decisioni definitive in merito alla stessa rimangono alla Direzione Strategica.

È per questo che, pur registrando prassi differenziate nelle varie aziende lombarde, la formalizzazione della comunicazione dovrebbe essere dotata di quell'autorevolezza che solo la sottoscrizione della Direzione Strategica potrebbe conferire.

Non vi è pertanto chi non veda che l'attuazione in concreto dell'art. 13 della L. 24/2017 vuoi per gli adempimenti dallo stesso previsti, vuoi per la complessità interpretativa, necessità della previsione, nei piani di organizzazione aziendale, di uffici dedicati a calendarizzare e monitorare i termini della procedura, a predisporre le note informative e a curarne l'invio, a redigere le procedure, a gestire e veicolare i rapporti con i sanitari e il Comitato Valutazione Sinistri, a fornire adeguate risposte agli esercenti la professione sanitaria e soprattutto ad evitare azioni di responsabilità.

Le sanzioni

Ma quali i risvolti nell'eventualità dell'omissione della tardività o dell'incompletezza delle comunicazioni?

Le sanzioni attengono alla preclusione dell'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'art. 9. Tali misure appaiono già di per sé incongrue, laddove, da un lato, il legislatore non ne ha definito percorribilità, ipotesi di applicabilità e confini e, dall'altro, dottrina e soprattutto giurisprudenza non hanno ricondotto i diversi

istituti nei loro alvei ordinari.

In particolare, la struttura pubblica in base all'art. 9 potrebbe esperire alternativamente:

- 1) azione civilistica di rivalsa (ma solo in caso di dolo o colpa grave);
- 2) azione di responsabilità amministrativa (che per sua natura è limitata a dolo o colpa grave);
- 3) azione di surrogazione ex art. 1916, c. 1, c.c.

Peraltro, l'esercente la professione sanitaria potrebbe essere anche soggetto alla rivalsa o alla surroga ad opera della Compagnia di Assicurazione e se si tratta di dipendente pubblico anche alla responsabilità disciplinare.

Orbene, in tale sorta di Babele viene meno l'unico punto che ritenevo costituisca principio fondamentale alla base del rapporto di pubblico impiego, ossia la giurisdizione esclusiva della Corte dei Conti in tema di danno erariale indiretto.

L'interpretazione costante confermerebbe la coesistenza delle diverse azioni in sede civile e contabile, seppure con l'unico limite del divieto di plurime condanne del dipendente.

Tale impostazione tuttavia si scontrerebbe sia con i dettami costituzionali, con particolare riferimento all'art. 103, c. 2 (*"La Corte dei conti ha giurisdizione nelle materie di contabilità pubblica e nelle altre specificate dalla legge"*), sia con le norme di cui all'art. 52, R.D. 1214/1934 (*"I funzionari, impiegati ed agenti, civili e militari, compresi quelli dell'ordine giudiziario e quelli retribuiti da Amministrazioni, Aziende e Gestioni statali ad ordinamento autonomo, che nell'esercizio delle loro funzioni, per azione od omissione imputabili anche a sola colpa o negligenza, cagionino danno allo Stato o od altra Amministrazione dalla quale dipendono, sono sottoposti alla giurisdizione della Corte nei casi e modi previsti dalla legge sull'amministrazione del patrimonio e sulla contabilità generale dello Stato e da leggi speciali."*

La Corte, valutate le singole responsabilità, può porre a carico dei responsabili tutto o parte del danno accertato o del valore perduto.") e con la L. 90/1994 in materia di assoggettamento dei pubblici dipendenti alla sola giurisdizione della Corte dei Conti.

Laddove, al contrario, l'Ente potesse attivarsi autonomamente in sede civilistica, si assiste-

rebbe ad un'enorme conflittualità tra dipendente e strutture sanitarie.

Tutto ciò mal si concilia con un'altra fonte giuridica, trascurata da dottrina e giurisprudenza, ossia i contratti collettivi di lavoro.

In particolare, l'art. 65, c. 1 del CCNL dell'Area Sanità 2016-2018 così si esprime *"Le Aziende o Enti garantiscono, con oneri a proprio carico, una adeguata copertura assicurativa o altre analoghe misure per la responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di assistenza tecnica e legale ai sensi dell'art. 67 (Patrocinio legale) per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, in conformità a quanto disposto dalla Legge 114/2014 e 24/2017 e dai decreti ministeriali ivi previsti, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave"*.

Analoghe norme sono presenti nei CCNL della Dirigenza Amministrativa e del Comparto.

Aldilà di tali profili di incostituzionalità, le misure previste quali sanzioni per le preclusioni a cui condurrebbero gli inadempimenti dell'art. 13 appaiono incongrue ed eccessive, di fatto ponendo a carico dei funzionari pubblici addetti alla gestione del contenzioso i risvolti della intervenuta decadenza in tema di recupero del danno erariale.

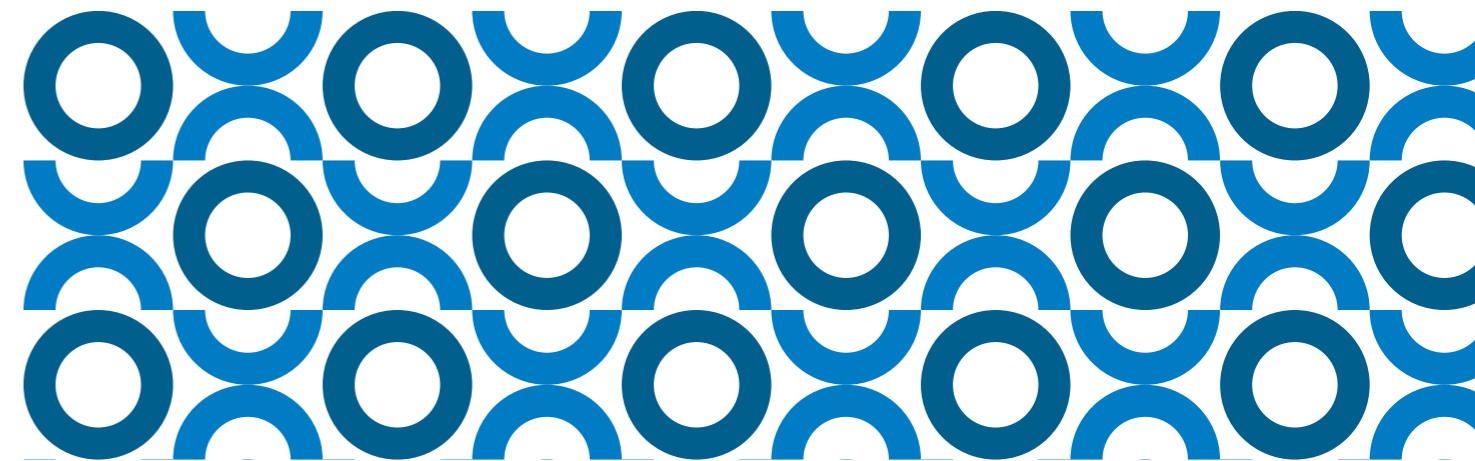
Ove sia accertata l'inammissibilità dell'azione amministrativo-contabile in ragione della violazione dell'obbligo di tempestiva convocazione, la Procura della Corte dei Conti potrebbe agire nei confronti dell'autore della violazione.

E il povero amministrativo si troverebbe in una sorta di contrappasso fantozziano, ossia risponderebbe senza i limiti risarcitori che sono previsti per i sanitari dal penultimo periodo del comma 5 dell'articolo 9 della L. 24/2017 (*"L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo"*).

Con ciò ancorché rendere certo il panorama giuridico della responsabilità sanitaria, pare di assistere ad un trasferimento, all'interno della stessa struttura sanitaria, di responsabilità dall'esercente la professione sanitaria all'esercente la professione amministrativa, in una guerra dei poveri, in una sorta di circolo della conflittualità di cui il Sistema sanitario italiano attuale non ha proprio bisogno.

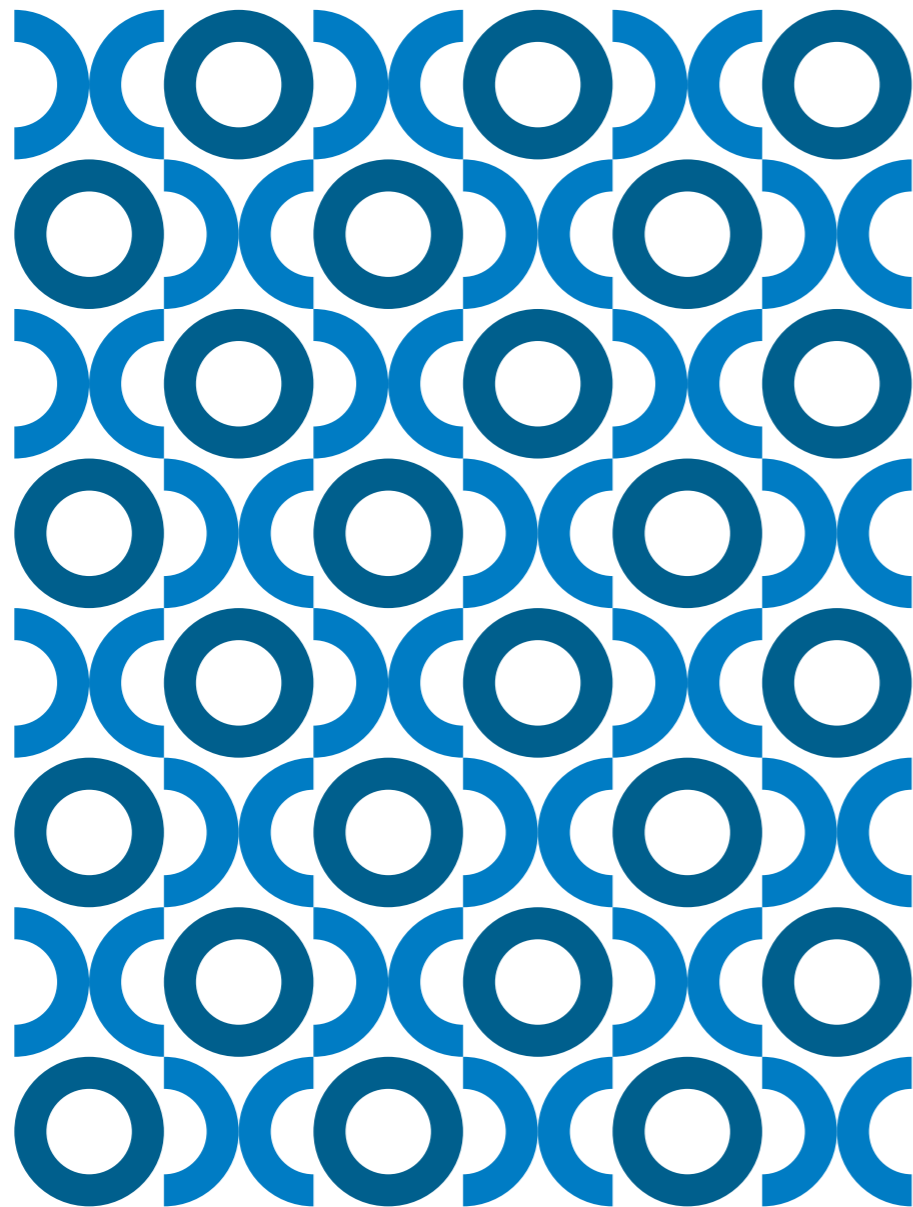
Unica certezza l'irretroattività della norma, laddove le disposizioni della L. 24/2017 si applicherebbero agli eventi occorsi successivamente alla data della sua entrata in vigore (1.4.2017) come confermato in modo prevalente da giurisprudenza e dottrina.

Auspichiamo che il futuro della legge ne restituisca la sua autenticità, evitando di incorrere in ciò che Marco Tullio Cicerone ha ben definito con il suo *"Summum ius summa iniuria."*



L'Art. 13: un approfondimento sui tempi della comunicazione e le differenze nell'applicazione tra strutture pubbliche e private del Servizio sanitario nazionale

Avv. Paolo Piana, Esperto nel campo del Diritto sanitario



Il primo aprile dell'anno 2017, quando entrò in vigore la cd. legge Gelli, certamente qualche medico, nell'iniziare il proprio lavoro in ospedale, avrà pensato che sarebbe finita per sempre l'epoca in cui i professionisti erano lasciati all'oscuro della gestione dei sinistri, con la conseguenza di trovarsi, magari a distanza di anni, coinvolti in contenziosi lunghi, costosi e snervantanti, dai quali doversi difendere come da una sorta di patologia lungo-latente, una malattia che avevano incubato per anni a loro insaputa e che presentava il conto – in senso stretto – tutto in un solo momento, trascinando con sé problemi professionali e assicurativi.

Effettivamente non sono rari i casi nei quali – per i tempi connessi alla gestione dei sinistri, ai tempi dei giudizi, ai relativi pagamenti e all'eventuale azione di responsabilità – possono passare anni, talvolta anche molti, dall'accadimento di un evento dannoso a quando il professionista è chiamato a risponderne in una sede giudiziaria. Non sono rari i racconti – talvolta non senza toni tra l'epico e il leggendario – di medici rimasti invischiati a distanza di moltissimi anni in vicende rovinose per le finanze e per la salute, questa volta la loro e non quella dei pazienti.

Al di là dei piccoli artifici un po' romanzeschi, dei quali qui mi concedo la licenza, è questo il contesto nel quale viene concepito l'art. 13 della L. 24/2017, norma senza dubbio innovativa che risponde a un'esigenza dei professionisti, a dire il vero, condivisibile: essere informati da parte delle strutture sanitarie di appartenenza o delle imprese di assicurazione circa la gestione dei sinistri che potrebbero coinvolgere – in un futuro incerto, più o meno remoto – la loro personale responsabilità.

Ma la terapia è stata efficace? Uno dei cardini della medicina di ogni tempo è ben riassunta

nell'antico brocardo *primum non nocere*; brocardo ben noto ai medici, non sempre tenuto in considerazione dal Legislatore.

Se alla L. 24/2017 vanno riconosciuti meriti indubbi, primo tra essi l'aver finalmente sistematizzato una materia per anni lasciata alla sola Giurisprudenza o al più a interventi destrutturati, l'art. 13 è però una delle norme più controverse ed è quindi corretto che se ne parli e se ne discuta.

Volendo restare nelle metafore mediche è infatti possibile registrare qualche effetto paradossale nella sua applicazione pratica; insomma, effetti collaterali che contrastano con l'originario intento del Legislatore di tutelare gli esercenti la professione sanitaria e scongiurare il comunemente deprecato e deprecabile fenomeno che va sotto l'insegna, per vero un po' generica, della medicina difensiva.

La breve disamina che segue è volta a mettere in luce, con esclusivo approccio empirico e per punti, alcune criticità, che emergono dall'ormai ampia esperienza applicativa dell'art. 13 presso le strutture sanitarie.

1. L'individuazione del *dies a quo* per le due ipotesi di comunicazione previste dall'art. 13

Le due ipotesi che costituiscono il presupposto per l'invio della comunicazione ex art. 13 sono ben differenti sebbene, per entrambe, il Legislatore abbia previsto il medesimo termine di 45 giorni.

Con riguardo all'«instaurazione del giudizio promosso [...]» dal danneggiato verso le strutture sanitarie non paiono esservi dubbi che il *dies a quo* sia individuabile nella data della notifica all'Ente del relativo atto introduttivo. Rispetto a tale evidenza, non può però essere

trascurata l'esigenza di una parola definitiva in ordine alla qualificazione giuridica del procedimento ex art. 696-bis c.p.c. (Accertamento Tecnico Preventivo conciliativo, di seguito ATP), nella particolare disciplina dettata dall'art. 8 della cd. legge Gelli, in particolare sulla sua natura di procedimento giudiziario o meno. Va infatti rilevato come nell'Ordinamento, seppur in differenti ambiti di Giurisdizione, siano sorti con riferimento alla materia due orientamenti divergenti.

(i) La Corte dei Conti ritiene che «il ricorso ex art. 696 bis c.p.c. debba essere considerato un atto introduttivo del giudizio in considerazione sia del consolidato orientamento della Corte di Cassazione che riconduce l'accertamento tecnico preventivo alla categoria dei giudizi conservativi (...) sia di tutti quegli aspetti (...) che fanno propendere per l'inquadramento come procedimento giudiziale», con la conseguenza che la notifica dell'ATP conciliativo alla struttura sanitaria, che in alcuni casi coincide con la richiesta risarcitoria, fa certamente scattare l'obbligo di comunicazione ex art. 13 (cfr. Corte dei Conti, Sez. II Centrale, sent. 80/2024).

(ii) Il Consiglio di Stato ha avuto modo di esprimersi sull'annosa questione – a sua volta meritevole di approfondimenti – dell'accesso agli atti istruttori della gestione dei sinistri delle strutture sanitarie. In tale ambito è stato affermato che «questa Sezione [la Terza n.d.r.] ha riconosciuto l'esclusiva valenza istruttoria dell'accertamento tecnico preventivo con la conseguenza che per “giudizio civile” deve intendersi il solo giudizio ex art. 702-bis c.p.c.», invero oggi sostituito dal diverso procedimento semplificato previsto art. 281-decies e ss. c.p.c. (cfr. sent. 22/3/2021 n. 2444 in ottemperanza alla sent. 31/1/2020 n. 808, ove la pendenza di un giudizio costituisce il discrimine per l'ostensibilità o meno degli atti istruttori).

Come già rappresentato sopra, tali approcci ermeneutici diametralmente opposti in ordine alla natura dell'ATP conciliativo previsto dalla L. 24/2017 necessiterebbero di un intervento chiarificatore definitivo, essendo evidentemente illogico il risultato a cui oggi conducono.

Pare invero, per svariati ordini di argomenti, in primis le modalità di svolgimento dello stesso, che il particolare ATP qui in esame sia da annoverare a tutti gli effetti tra i procedimenti giudiziari, con tutte le relative conseguenze, essendo ontologicamente differente da ogni altro strumento deflattivo stragiudiziale (es: mediazione ex D.Lgs 28/2010, peraltro strumento alternativo sempre ai sensi della L. 24/2017).

Con riguardo invece alla seconda fattispecie prevista dall'art. 13 – ossia l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato – le criticità applicative in ordine all'individuazione del *dies a quo* aumentano.

A ben vedere, la questione risulta ancor più paradossale se si considera che mentre l'individuazione del primo termine non è nella disponibilità dell'Ente destinatario (non decido quando riceverò una notifica), per la seconda vale l'esatto contrario (certamente decido io se e quando avviare le trattative con una controparte).

Ciò nonostante, le prassi operative sviluppatesi presso i singoli Enti del SSN – come meglio si dirà oltre – sono spesso foriere di insidiose situazioni di stallo, inerzia, incomprensione, con il rischio non remoto che nelle more di approfondimenti e risposte che non arrivano mai, il termine perentorio previsto dalla legge decorra invano, determinando l'inammissibilità dell'eventuale azione erariale nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie.

V'è poi l'esigenza, univocamente avvertita, d'individuare con certezza il momento di avvio delle trattative, dal quale decorre il termine per la comunicazione. Se l'esigenza è univoca, non altrettanto può dirsi delle differenti interpretazioni. In tal senso non pare corretta l'individuazione del termine iniziale nella data della seduta del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) che suggerisce la transazione, tenuto conto sia della natura di organismo consultivo del comitato, sia della necessaria assunzione di iniziative verso la controparte (per tramite degli Affari generali, dell'avvocatura, di eventuali professionisti esterni, incaricati dall'Ente o dalla Compagnia). Fintanto che tali iniziative non siano tradotte nella formulazione di una proposta, non pare integrato l'avvio delle trattative, presupposto pre-

visto dalla legge per la decorrenza del termine. Un'opzione esegetica, che mi pare francamente più in linea con il dato normativo, potrebbe essere l'individuazione del *dies a quo* nella formale autorizzazione da parte della Direzione dell'Ente circa l'avvio delle trattative, che spesso reca anche l'indicazione del mandato conciliativo (es: tentare la definizione stragiudiziale entro l'importo omnia di € 50.000), alla quale segue, di solito quasi contestualmente, la formulazione di una proposta o quantomeno un primo contatto con il difensore di controparte per avviare il dialogo conciliativo.

2. Le modalità d'individuazione dei professionisti: buone pratiche

Nel merito delle modalità per l'individuazione dei professionisti, la selva applicativa si fa fitta. Intendo far riferimento, in primo luogo, alle modalità tramite le quali viene effettuata l'individuazione, in particolare alla prassi decisamente diversificata da Ente a Ente.

Nella comprensibile difficoltà – connessa alla complessità della materia, ma anche alle dinamiche interne, certamente incise dalla disciplina qui in esame – credo possa essere rilevata una certa insidia nella prassi, largamente diffusa, di delegare o rinviare detta individuazione a uno specifico ambito organizzativo della struttura, non sempre sensibile alla perentorietà del termine previsto dalla legge – spesso si tratta della direzione medica di presidio (DMP), ma talvolta anche del direttore del dipartimento/struttura complessa di afferenza: direttore S.C. di riferimento o direttore Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie (DAPS), ex Servizio Infermieristico Tecnico e Riabilitativo Aziendale (SITRA), per il personale del comparto.

D'altro lato, sempre con approccio empirico, ritengo sia possibile individuare alcune buone pratiche rispetto all'individuazione dei professionisti potenzialmente coinvolti, di seguito esposte a mo' di elenco, senza pretesa d'eshaustività:

- La questione dell'individuazione dei professionisti potenzialmente coinvolti è tenuta in considerazione, sia dagli Uffici sia dal CVS, sin dall'apertura del sinistro, con riserva di considerare gli sviluppi istruttori al momento in cui dovesse scattare l'obbligatorietà

delle comunicazioni ex art. 13. Tale approccio consente di disporre, ove l'Amministrazione valuti l'opportunità, di un'interlocuzione tecnica già dalle prime fasi, in ogni caso utile per l'istruttoria.

- Per l'individuazione è sempre coinvolta la medicina-legale, interna e/o esterna alla struttura, con eventuale apporto specialistico, ove ritenuto necessario rispetto ai singoli casi. L'apporto e la mediazione del medico legale, che abbia esperienza nella gestione di sinistri da responsabilità professionale, costituisce un grande valore aggiunto per le strutture sanitarie, anche al fine di far comprendere ai professionisti l'approccio e la natura non accusatoria dell'individuazione e della comunicazione prevista dall'art. 13.
- L'individuazione dei professionisti è effettuata con una logica estensiva e prescinde dalla ricerca di profili di dolo o colpa grave nelle condotte che hanno originato il sinistro, e dunque ha lo scopo di garantire la conoscenza e l'eventuale apporto partecipativo dei professionisti.
- L'individuazione dei professionisti è proposta dal medico-legale, ma è condivisa nella collegialità del CVS, soprattutto nell'ipotesi di avvio delle trattative, ma anche, se i tempi delle sedute programmate lo consentono, in caso di notifica dell'atto giudiziario.
- Sempre in CVS sono esaminate e valutate, eventualmente anche in contraddittorio con l'interessato o altri specialisti, le eventuali argomentazioni tecniche che i professionisti destinatari della comunicazione dovessero fornire. Anche ove non fosse proficuo nel merito, tale modus operandi si rivela utile a creare cultura diffusa circa l'approccio medico-giuridico proprio della responsabilità delle strutture sanitarie e l'importanza della qualità della documentazione sanitaria.

3. Ma quanti art. 13?

Va inoltre affrontata la questione, in caso d'invio della comunicazione ex art. 13 per una delle due ipotesi, se essa debba poi essere ripetuta al verificarsi dell'altra ipotesi (es: comunicazione per avvio trattative e comunicazione per ricezione atto giudiziario) o finanche nel caso di ripresentazione della medesima ipotesi (riavvio

di trattative interrotte al verificarsi di nuove circostanze, notifica di ulteriore atto giudiziale). Non v'è dubbio che, in ragione delle conseguenze dell'omissione, l'opzione più prudente è individuabile nella reiterazione delle comunicazioni ad ogni verificarsi di una delle due ipotesi.

D'altro lato, avuto riguardo al tenore letterale della legge e soprattutto alla sua ratio – ossia quella d'informare gli esercenti la professione sanitaria di vertenze per le quali essi potrebbero essere in futuro chiamati a rispondere, consentendo quindi un loro apporto partecipativo – vi sono validi argomenti per ritenere che l'interesse sostanziale possa ritenersi ben tutelato con il tempestivo invio anche di una sola comunicazione secondo l'ipotesi di prima verifica.

Verso tale seconda opzione esegetica farebbero propendere due ulteriori ordini di argomenti: da un lato il criterio ermeneutico secondo il quale le norme impositive di doveri e obblighi siano sottratte all'interpretazione estensiva o analogica e dall'altro lato la necessità di non imporre all'Amministrazione adempimenti eccessivamente gravosi, in linea con i principi generali di buon andamento ed economicità dell'azione amministrativa.

4. Le differenti esperienze applicative tra strutture pubbliche e strutture private, pur a fronte di una disciplina oramai unitaria

Altro tema meritevole di un cenno di approfondimento ritengo sia individuabile nella differente applicazione del regime di responsabilità tra strutture pubbliche e private.

Se infatti uno dei meriti della cd. legge Gelli – almeno nell'opinione di chi scrive, sempre avuto riguardo alla ratio legis – è quello di aver in buona sostanza esteso anche ai professionisti delle strutture private il più protettivo regime che limita l'eventuale rivalsa ai soli casi di dolo o colpa grave, indipendentemente dal titolo che disciplina il rapporto (dipendente, para-subordinato o L.P.), dall'altro lato la diversa Giurisdizione e le molteplici prassi applicative fanno sì che, ancora oggi, si registrino significative disparità nell'effettività della tutela introdotta dal Legislatore del 2017.

Intendo dire, con riguardo al primo profilo, che, se le strutture private esercitano con una certa frequenza l'azione di rivalsa verso i loro professionisti, provvedendo loro stesse alla chiamata del terzo già dal procedimento per ATP conciliativo, al contrario le strutture pubbliche di norma seguono un iter totalmente differente, provvedendo alla segnalazione dei sinistri pagati alla competente Procura presso la Corte dei Conti, affidandosi alla relativa Giurisdizione. Pur non avendo l'ambizione di svolgere in questa sede un'esauritiva discussione di tale assai complessa – ma altrettanto interessante – questione giuridica, mi limito a segnalare l'urgenza di una riflessione in ordine alla portata del V comma dell'art. 9 della legge (cfr. «In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica [...] l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei Conti»).

La questione, come anticipato sopra, risulta di non poco momento non solo – e non tanto – per gli operatori del Diritto, quanto per le ricadute pratiche in termini di effettività delle tutele per gli esercenti le professioni sanitarie. In tale perimetro credo opportuno rammentare come la Giurisdizione della Corte dei Conti non possa allo stato attuale essere ritenuta in questo ambito esclusiva, ma semmai alternativa a quella Ordinaria, peraltro con competenza funzionale della Sezione Lavoro (cfr. Cass. Civ., Sezioni Unite, sent. 12/10/2020, n. 21992). In tale perimetro si colloca qualche, pur remoto e talvolta fruttuoso, effettivo esercizio della rivalsa anche da parte delle strutture sanitarie pubbliche.

In definitiva, l'intento sistematico del Legislatore del 2017 rispetto alla più favorevole disciplina pubblicistica già in essere (DPR n. 761/1979 e poi dalla privatizzazione le relative norme del CCNL), non può prescindere dalla questione della Giurisdizione.

L'impatto di tale questione sulle comunicazioni ex art. 13 non ha bisogno di molte parole per

essere illustrato, anche solo ove si consideri che nel caso della chiamata del professionista nel procedimento per ATP, di fatto l'esigenza sottesa alla comunicazione diverrebbe superflua.

5. L'art. 13 e le Compagnie di assicurazione delle strutture sanitarie.

Sebbene la norma indichi chiaramente anche le imprese di Assicurazione tra i soggetti tenuti all'invio della comunicazione, nella prassi tale disposizione è, per quanto noto, del tutto disapplicata.

Mi riferisco ovviamente alla gestione dei sinistri sopra SIR, affidati secondo le polizze, alle rispettive Compagnie. Ebbene, anche per tali ipotesi, l'individuazione e l'invio delle comunicazioni viene nella prassi lasciato agli Enti assicurati. Non occorrono molte parole per comprendere come sarebbe opportuno un cambio di passo, più aderente alla legge, anche in ragione delle novità determinate dal recente D.M. delle Imprese 15/12/2023 (in G.U. 1/3/2024) in tema di requisiti delle polizze assicurative delle strutture e dei professionisti. In tal senso potrebbero certamente rivelarsi utili azioni di seria sensibilizzazione da parte dei Broker assicurativi, che, nell'ambito della loro attività, partecipano costantemente alle sedute dei CVS.

6. L'art. 13 e le Assicurazioni dei professionisti

L'art. 13 ha generato più d'una questione rispetto alle dinamiche assicurative dei professionisti, in particolare sulle polizze c.d. di colpa grave, che rappresentano il modello più diffuso di copertura per i professionisti in regime esclusivo (c.d. intramoenia).

Nella massima sintesi, la comunicazione – rispetto ad alcuni, più risalenti, testi di polizza – potrebbe dar luogo a qualche criticità, in quanto da un lato l'informativa ex art. 13 non è ritenuta sinistro e dall'altro lato è certamente un c.d. fatto noto ai fini della stipula di una nuova polizza. Ne consegue, anche in ragione del regime *claims made* delle polizze presenti sul mercato, che si concretizza un rischio di scopertura nell'ipotesi in cui il professionista destinatario della comunicazione decida successivamente di stipulare un nuovo contratto

con diverso Assicuratore.

Va segnalato che in alcuni più recenti testi delle polizze dei professionisti, la problematica è stata risolta mediante l'inserimento di apposite clausole, c.d. *deeming clause*, che annoverano espressamente la comunicazione ai sensi dell'art. 13 – formalizzata dall'Ente di appartenenza e/o dalla sua Assicurazione – nella nozione di richiesta di risarcimento, con conseguente apertura del sinistro e operatività della copertura.

In tal modo, in estrema sintesi, si può dire che il mercato assicurativo ha avviato a una problematica insorta in ragione dei non considerati effetti della comunicazione rispetto al regime assicurativo dei professionisti operanti nelle strutture pubbliche, ma ora anche private.

D'altro lato invece il recente D.M. delle Imprese 15/12/2023 non risulta aver fornito un apporto chiarificatore, riguardo alla definizione di sinistro contenuta nell'art. 1.

Sollevando lo sguardo dai singoli profili tecnici, verrebbe da chiedersi per quale ragione l'art. 13 – che in fondo è una norma chiara, anche nella ratio – abbia così tanto faticato a trovare effettività, incontrando molte più criticità applicative di quante forse il Legislatore del 2017 avesse pensato di risolverne con la sua introduzione.

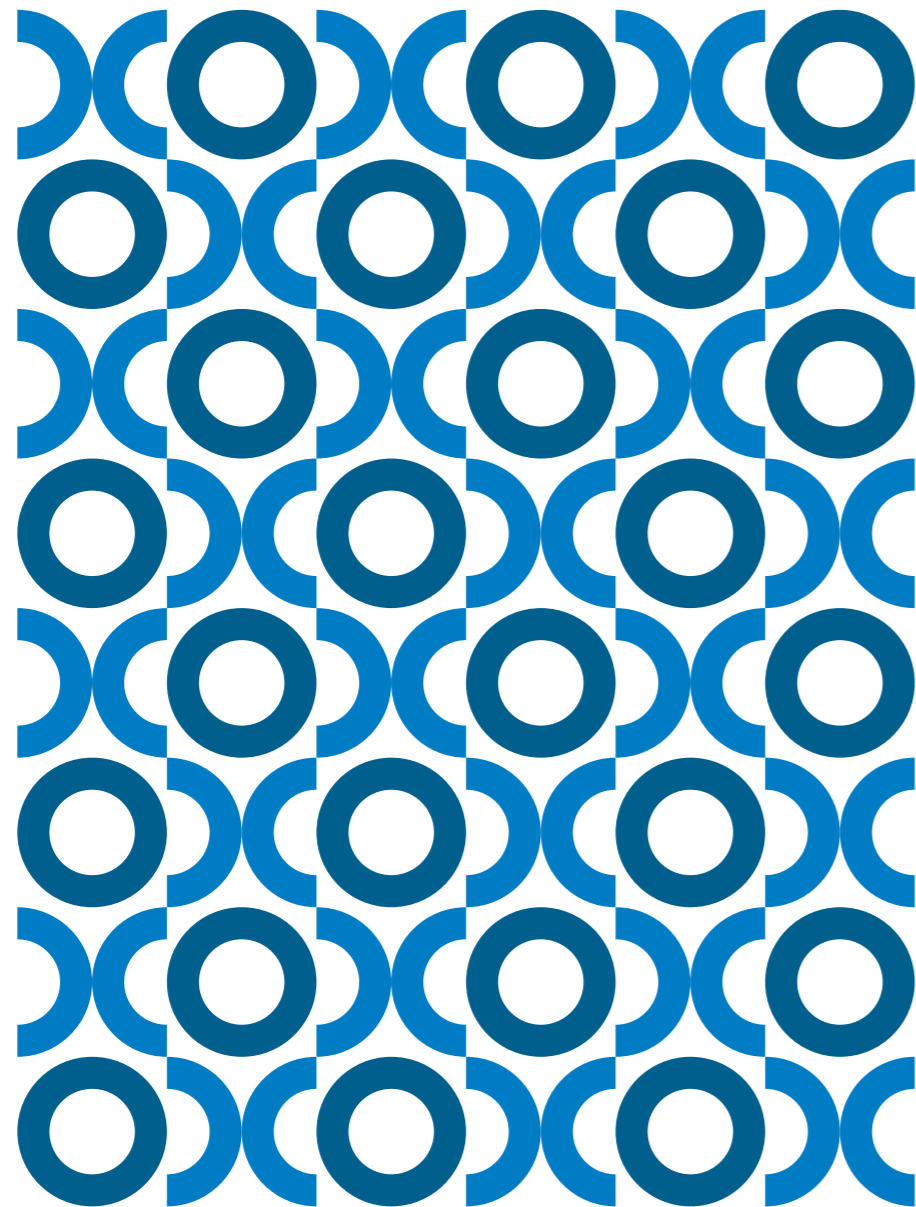
Credo, senza pretese di esaustività, che la risposta vada cercata non tanto nel suo contenuto prescrittivo, quanto nel perimetro in cui essa opera: quella delicatissima frontiera che è rappresentata dal momento di contatto tra il mondo della medicina e quello del diritto, per giunta con riguardo alla responsabilità personale dei singoli professionisti.


Un terreno delicato e impervio, ma che è necessario curare e coltivare, cercando da un lato di far comprendere ai professionisti – con tutti gli strumenti del caso, non ultima la formazione – le motivazioni che sorreggono la gestione dei sinistri, dall'altro lato sviluppando una capacità di ascolto e interazione tra le differenti professionalità coinvolte, in primis proprio con riguardo all'apporto dei destinatari delle comunicazioni previste dall'art. 13, cui la legge, non per nulla, ci obbliga.



APPENDICE





	 SENT. 80/2024	
	REPUBBLICA ITALIANA	
	IN NOME DEL POPOLO ITALIANO	
	LA CORTE DEI CONTI	
	SEZIONE SECONDA GIURISDIZIONALE CENTRALE D'APPELLO	
	composta dai magistrati	
	Rita LORETO Presidente	
	Antonio BUCCARELLI Consigliere	
	Ida CONTINO Consigliere relatore	
	Roberto RIZZI Consigliere	
	NICOLA RUGGIERO Consigliere	
	ha pronunciato la seguente	
	SENTENZA	
	nel giudizio sull'appello iscritto al n. 60447 del registro di segreteria,	
	proposto da:	
	- PROCURA REGIONALE presso la Sezione giurisdizionale per	
	la regione Lombardia, in persona del Procuratore regionale p.t.	
	<i>(Appellante)</i>	
	contro	
	OMISSIS , nato a OMISSIS il OMISSIS, C.F. OMISSIS, rappresentato	
	e difeso dagli Avv.ti Mario Araneo, C.F. RNAMRA77E14L738F e	
	Michele Spalla, C.F. SPLMHL73D18F205L, del Foro di Milano,	
	loro elettivamente domiciliato in Roma, Via Savoia n. 84, presso l'Avv.	
	Arturo Covella (PEC avv.arturo.covella@pec.it). Dichiara di voler	
	ricevere tutte le comunicazioni agli indirizzi PEC:	

	SENT. 80/2024	
avv.marioaraneo@pec.giuffre.it	e	
michele.spalla@milano.pecavvocati.it;		
OMISSIS , nato a OMISSIS il OMISSIS, C.F. OMISSIS, rappresentato		
e difeso dall'Avv. Carlo Andena, del Foro di Lodi (PEC:		
carlo.andena@lodi.pecavvocati.it) e dall'avv. Giovanni Corbyons;		
elettivamente domiciliato all'indirizzo PEC		
giovannicorbyons@ordineavvocatiroma.org e comunque presso lo		
studio dello stesso in Roma, Via Cicerone n. 44;		
avverso		
La sentenza n. 226/2022 della Sezione giurisdizionale della Corte dei		
conti per la regione Lombardia, depositata il 26.09.2022 e non		
notificata.		
Visti gli atti del giudizio.		
Nella pubblica udienza del 12 dicembre 2023, svolta con l'assistenza		
del segretario dott. Riccardo Giuseppe Carlucci, omessa, con il		
consenso delle parti, la relazione del giudice cons. Ida Contino, uditi		
l'avv. Mario Araneo per l'appellato OMISSIS, l'avv. Carlo Ardena per		
l'appellato OMISSIS e il V.P.G. Antongiulio Martina per la Procura		
generale.		
FATTO		
1. Con la sentenza indicata in epigrafe, la Sezione giurisdizionale della		
Corte dei conti per la regione Lombardia dichiarava l'inammissibilità ex		
art. 13 della l. 8 marzo 2017 n. 24 (legge Gelli Bianco) dell'azione di		
responsabilità proposta dalla Procura regionale nei confronti di		
OMISSIS e OMISSIS, medici in servizio presso l'ASST		

	SENT. 80/2024	
"Fatebenefratelli Sacco" di Milano, per una ipotesi di danno erariale		
indiretto da malpractice sanitaria.		
2. Nell'atto di citazione il requirente, oltre a descrivere i vari passaggi		
della vicenda sotto il profilo medico-sanitario, si soffermava a lungo		
sulla eccezione di inammissibilità dell'azione contabile ex art. 13 della		
legge n. 24/2017 sollevata dai convenuti. Pur riconoscendo		
esplicitamente che l'ASST non aveva comunicato tempestivamente al		
dott. OMISSIS e al dott. OMISSIS l'avvenuta proposizione del ricorso		
per accertamento tecnico preventivo ex art. 696-bis cpc, sosteneva		
che, ai sensi dell'art 8 della l. 24/2017, tale ricorso rappresentava lo		
strumento da azionare in via preventiva al fine di soddisfare la		
condizione di procedibilità dell'azione civile di risarcimento.		
Conseguentemente, secondo il requirente, la richiesta di accertamento		
tecnico preventivo ex 696 bis non rientrava tra gli <i>"atti introduttivi del</i>		
<i>giudizio"</i> , da portare ex art. 13 L. Gelli-Bianco a conoscenza degli		
esercenti la professione sanitaria entro il termine di 45 giorni, per tali		
dovendosi invece considerare solo quelli che avviano un giudizio		
decisorio di merito a cognizione piena (l'atto di citazione) o sommaria		
(il ricorso ex art. 702-bis cpc).		
3. Con la sentenza appellata, il giudice di prime cure, dopo aver		
richiamato la ratio dell'intera disciplina dettata dalla l. 24/2017 e dopo		
aver riportato le antitetiche posizioni delle parti sulla natura da attribuire		
al ricorso ex art. 696 bis, riteneva maggiormente corretta		
l'interpretazione che attribuisce allo strumento previsto dall'art. 8 primo		
comma della l. 24/2017, la natura di procedimento giudiziale, sicché		

	SENT. 80/2024	
	decideva che l'obbligo di comunicazione di cui all'art. 13 della legge	
	Gelli-Bianco dovesse trovare applicazione anche rispetto al ricorso per	
	l'accertamento tecnico preventivo. Richiamava, infatti, il consolidato	
	orientamento della Corte di cassazione che riconosce, appunto,	
	all'accertamento tecnico preventivo la natura di giudizio conservativo o	
	di giudizio cautelare di istruzione preventiva.	
	Il Collegio di prime cure, inoltre, sosteneva che l'art. 13 in esame	
	doveva essere così interpretato anche a prescindere dalla natura dello	
	strumento in esame, ma facendo riferimento alla ratio delle disposizioni	
	contenute nella legge sulle procedure stragiudiziali, che pure ricadono	
	nell'onere di comunicazione previsto dall'articolo in esame. Sicché se	
	anche non lo si considerasse un atto introduttivo <i>"la sua proposizione</i>	
	<i>(il ricorso ex art. 696 bis) fa individuare con sicurezza il momento di</i>	
	<i>formale avvio delle trattative stragiudiziali, che pure ricadono nell'onere</i>	
	<i>di comunicazione"</i> (pag. 16 della sentenza)	
	Il giudice territoriale, infine, giudicava non manifestamente fondata	
	l'eccezione di incostituzionalità dell'art 13 sollevata nell'atto di citazione	
	in ragione degli art. 3, 103 e 111 della Costituzione.	
	4. La Procura regionale ha proposto appello opponendo <i>l'error in</i>	
	<i>iudicando et in procedendo, la violazione e falsa applicazione dell'art.</i>	
	<i>13 l. 24/2017; la violazione del principio di effettività della tutela e la</i>	
	<i>contraddittorietà intrinseca della motivazione.</i>	
	In proposito il requirente, pur condividendo sostanzialmente il	
	ragionamento svolto dal giudice territoriale sulla ratio della normativa,	
	mirante a rafforzare la tutela del sanitario, ha ritenuto viziata la	

	SENT. 80/2024	
	sentenza nella parte in cui ha escluso la fondatezza	
	dell'argomentazione attorea (tesa a negare l'inaffidabilità dell'azione	
	di responsabilità) secondo cui <i>"se anche la comunicazione del ricorso</i>	
	<i>ex 696 bis fosse stata correttamente effettuata dalla ASST, nella</i>	
	<i>fattispecie il dott. OMISSIS e il dott. OMISSIS non avrebbero potuto</i>	
	<i>comunque intervenire nell'accertamento tecnico preventivo, dato che</i>	
	<i>questo non ha avuto seguito: di conseguenza nessuna lesione dei diritti</i>	
	<i>di difesa si sarebbe verificata in concreto"</i> . Secondo il primo giudice,	
	invece, se il dott. OMISSIS e il dott. OMISSIS fossero stati	
	tempestivamente informati della proposizione del ricorso ex art. 696	
	bis cpc, avrebbero avuto la possibilità di partecipare sin dall'inizio alle	
	trattative, tutelando i propri diritti di difesa.	
	Tale capo della sentenza è censurato dal P.M. appellante, il quale	
	sostiene che il primo giudice, riconoscendo che lo scopo della norma	
	è quello di porre il sanitario in condizione di esprimere le proprie difese	
	già nella fase anticipata del giudizio civile costituita dall'accertamento	
	tecnico preventivo, ha tuttavia errato nel ritenere operante la	
	condizione processuale in questione anche laddove, in concreto, il dr.	
	OMISSIS e il dr. OMISSIS non avevano subito la benché minima	
	menomazione del proprio diritto di difesa.	
	Infatti, prima che il Tribunale desse l'incarico al perito, in data 4 ottobre	
	2018, il Comitato di valutazione sinistri si attivava per proporre al	
	danneggiato il risarcimento del danno in via stragiudiziale. Tale	
	intenzione, secondo la Procura, veniva tempestivamente comunicata il	
	26 ottobre 2018 ai sanitari, sicché, nessun concreto pregiudizio delle	

	SENT. 80/2024	
	garanzie difensive sarebbe configurabile nella fattispecie.	
	Con un secondo motivo, l'appellante ha censurato la sentenza per	
	<i>error in iudicando et in procedendo e per l'errata valutazione in ordine</i>	
	<i>alla manifesta infondatezza della questione di costituzionalità proposta</i>	
	<i>con la citazione in primo grado.</i>	
	Nello specifico, il giudice di prime cure avrebbe omissso di considerare	
	come nell'ambito del giudizio di responsabilità non fosse ipotizzabile	
	<i>“una sorta di automatica surrogazione del soggetto che ometta le</i>	
	<i>comunicazioni di cui all'art. 13 L. n. 24/2017 (nel caso di specie, quindi,</i>	
	<i>del Dirigente del Settore Affari Legali dell'ASST) nella posizione dei</i>	
	<i>sanitari per rispondere del danno indiretto cagionato all'Azienda</i>	
	<i>sanitaria”;</i> anche perché, sempre secondo l'assunto dell'appellante,	
	anche nelle ipotesi in cui si censuri l'omissione delle comunicazioni	
	previste dalla legge Gelli-Bianco, sarebbe <i>“necessario dimostrare la</i>	
	<i>colpa grave nella condotta omissiva”.</i>	
	L'appellante ha censurato altresì la sentenza nella parte in cui il giudice	
	non avrebbe considerato che l'art. 13 della l. 24/2017, condizionando	
	l'azione di responsabilità amministrativa alla condotta di un soggetto	
	estraneo al titolare del potere di azione intestato al Pubblico Ministero	
	contabile (quale la struttura sanitaria o il destinatario dell'istanza di	
	accertamento tecnico preventivo), si poneva in contrasto sia con il	
	principio di effettività della tutela giudiziaria in sede contabile, previsto	
	dal secondo comma dell'art. 103 Costituzione, sia con l'art. 3	
	Costituzione, per violazione del criterio di ragionevolezza, sia con l'art.	
	111 Costituzione, per violazione del principio di parità delle parti	

	SENT. 80/2024	
	processuali. Ciò in quanto la norma censurata pone una condizione di	
	procedibilità dell'azione che non dipende dall'attività dell'attore	
	pubblico e che quest'ultimo neanche può condizionare, dipendendo	
	tale attività esclusivamente dalla solerzia di soggetti terzi (Azienda	
	sanitaria o compagnia assicurativa), che non perseguono un interesse	
	coincidente con quello di cui è titolare il Pubblico Ministero contabile.	
	L'appellante ha rimarcato quindi l'irragionevolezza della norma, che	
	introduce una condizione di procedibilità dell'azione di responsabilità	
	amministrativa che presuppone una capacità della struttura sanitaria di	
	individuare, in un momento anticipato rispetto all'esecuzione	
	dell'accertamento tecnico e in tempi obiettivamente ridotti, i	
	responsabili dell'evento lamentato dal danneggiato per inoltrare loro	
	una comunicazione tempestiva, in tal modo condizionando alla	
	diligenza di un soggetto terzo l'esercizio di un'azione che ha finalità di	
	tutelare un interesse pubblico quale l'integrità del pubblico erario.	
	Tutto ciò premesso, ha concluso chiedendo l'accoglimento dell'appello	
	e, per l'effetto, la riforma della sentenza n. 226/2022 della Sezione	
	giurisdizionale della Corte dei conti per la regione Lombardia, con	
	rinvio alla Sezione di primo grado, ex art. 199, comma 2, cgc, anche	
	previa valutazione di rilevanza e non manifesta infondatezza della	
	questione di legittimità costituzionale dell'art. 13, ultima parte, L. n.	
	24/2017, per contrasto con gli art. 3, 103 e 111 della Costituzione.	
	5. Si è costituito il dott. OMISSIS, con il patrocinio degli avvocati Mario	
	Araneo e Michele Spalla, opponendo in primo luogo l'inammissibilità	
	del gravame. Secondo l'appellato, infatti, la Procura non avrebbe	

	SENT. 80/2024	
	censurato capi della sentenza da soli sufficienti a giustificare la	
	decisione adottata. Nello specifico, non avrebbe impugnato la	
	decisione nella parte in cui il giudice ha dichiarato che <i>“il ricorso ex art.</i>	
	<i>696 bis cpc costituisce il momento di formale avvio delle trattative</i>	
	<i>stragiudiziali che pure ricadono nell’onere di comunicazione di cui</i>	
	<i>all’art. 13”</i> .	
	In ogni caso, ha altresì eccepito l’infondatezza dell’appello	
	evidenziando che se i due sanitari avessero ricevuto la comunicazione	
	del ricorso per consulenza tecnica preventiva, al contrario di quanto	
	sostenuto dall’appellante sarebbero potuti intervenire volontariamente	
	nel giudizio, assumendo la qualità di parte ed esercitando, quindi, tutti	
	i diritti e le facoltà processuali. La corretta e tempestiva comunicazione,	
	dunque, avrebbe garantito la finalità di cui all’art. 13 della legge Gelli-	
	Bianco.	
	Infine, dopo aver controdedotto alla questione di costituzionalità	
	proposta dalla Procura, ha concluso chiedendo il rigetto dell’appello	
	con conferma della sentenza di primo grado.	
	6. Si è costituito OMISSIS, con il patrocinio degli avvocati Carlo	
	Andena e Giovanni Corbyons, opponendo l’inammissibilità e	
	l’infondatezza del gravame. L’appellato, in primo luogo, ha eccepito	
	che la Procura, con prospettazione affatto nuova, sostiene che pur	
	essendo stato effettivamente omesso l’onere delle comunicazioni in	
	ordine al proposto ricorso ex art. 696 bis c.p.c., non era tuttavia	
	derivata alcuna menomazione del diritto di difesa dei sanitari, perché	
	la consulenza tecnica preventiva non si era espletata per scelta della	

	SENT. 80/2024	
	ASST, che aveva optato per le trattative stragiudiziali. Ad avviso	
	dell’appellato, tale argomentazione difensiva, che da un lato ammette	
	il realizzarsi nel caso concreto dei presupposti previsti dall’ultimo	
	periodo dell’art. 13 e tuttavia ne disconosce, dall’altro, gli effetti, porta	
	la Procura appellante a suggerire che il giudice dovrebbe disattendere	
	la legge, <i>disapplicarla</i> , statuire ritenendo l’art. 13 L. 24/2017 non	
	operante nel caso di specie (cfr. appello pag. 14), e ciò in definitiva	
	costituisce un motivo di appello inammissibile, siccome rappresenta un	
	<i>novum</i> .	
	In ogni caso, il OMISSIS ha contestato anche la fondatezza del motivo	
	di gravame, in quanto ove il ricorso fosse stato tempestivamente	
	comunicato, i sanitari sarebbero potuti intervenire e utilmente	
	interloquire formulando le proprie osservazioni tecniche sul particolare	
	caso clinico.	
	Inoltre, secondo l’appellato, il Pubblico Ministero non avrebbe	
	censurato un profilo rilevante della motivazione, rinvenibile a pag. 16	
	della sentenza, laddove la Corte lombarda ha sottolineato che <i>“a</i>	
	<i>prescindere dalla natura di procedimento giurisdizionale o meno del</i>	
	<i>ricorso ex art. 696 bis c.p.c.”</i> - questione che era controversa in primo	
	grado e ora non lo è più – <i>“la notificazione di tale atto ha comunque</i>	
	<i>segnato il formale avvio della trattativa tra le parti di quel</i>	
	<i>procedimento”</i> .	
	Ciò precisato, ha opposto l’inammissibilità dell’appello nella sua	
	interezza in quanto non è stato gravato un capo autonomo della	
	sentenza plurimotivata.	

	SENT. 80/2024	
	Anche l'appellato OMISSIS ha controdedotto alla eccezione di	
	incostituzionalità dell'art. 13 della L. n. 24/2017, per poi concludere	
	chiedendo il rigetto dell'appello e della questione di costituzionalità,	
	con conferma della sentenza di primo grado.	
	7. All'odierna udienza, l'avv. Mario Araneo, in via preliminare, ha	
	rappresentato che il proprio assistito, dott. OMISSIS, è deceduto in	
	data OMISSIS sicché ha chiesto l'interruzione del giudizio ai sensi degli	
	art. 108 e 109 del cgc nei suoi confronti. La Procura generale ha	
	dichiarato di non avere interesse a riassumere il giudizio nei confronti	
	degli eredi non sussistendo i presupposti per perseguirli.	
	Anche l'avv. Andena ha chiesto l'interruzione del giudizio.	
	Con ordinanza, letta in udienza dal Presidente, il Collegio ha dichiarato	
	l'interruzione parziale del giudizio nei confronti del dott. OMISSIS,	
	riservandosi ogni decisione in ordine alla estinzione del giudizio nei	
	confronti del medesimo nell'adottando provvedimento e disponendo la	
	prosecuzione del giudizio nei soli confronti di OMISSIS.	
	La Procura generale e la difesa del dott. OMISSIS hanno insistito per	
	l'accoglimento delle proprie richieste, concludendo come da verbale.	
	DIRITTO	
	I. Prima di procedere alla disamina del gravame, deve essere	
	dichiarata l'estinzione del giudizio nei confronti dell'appellato OMISSIS.	
	All'odierna udienza, infatti, l'avv. Mario Araneo ha rappresentato	
	l'avvenuto decesso del proprio assistito in data OMISSIS e ha altresì	
	comunicato di non aver potuto produrre il certificato di morte in quanto	
	ancora non rilasciato dal Comune. A fronte di tale dichiarazione, la	

	SENT. 80/2024	
	parte pubblica ha manifestato l'intendimento di non voler proseguire	
	l'azione di risarcimento del danno nei confronti degli eredi del	
	medesimo, non ravvisando nella fattispecie una ipotesi di	
	trasmissibilità della responsabilità erariale agli eredi, Sicché, non	
	essendoci stata costituzione in giudizio degli eredi per la prosecuzione	
	del giudizio e avendo il P.M. rinunciato all'azione nei loro confronti,	
	possono ritenersi sussistenti le condizioni di legge per dichiarare	
	estinto il giudizio nei confronti di detto appellato.	
	La disamina del gravame, pertanto, deve proseguire nei soli confronti	
	del dott. OMISSIS.	
	II. Le censure formulate dalla Procura appellante alla sentenza	
	n.226/2022 della regione lombarda impongono un preliminare esame	
	della disciplina normativa recentemente introdotta in materia di colpa	
	medica con la legge 8 marzo 2017 n. 24 (cd Legge Leggi Bianco),	
	dovendosi ritenere tale novella sicuramente applicabile alla fattispecie	
	all'esame poiché i fatti di causa, ivi compreso l'intervento chirurgico	
	che costituisce l'asserita condotta foriera del danno, sono avvenuti	
	successivamente alla sua entrata in vigore.	
	Ebbene, il legislatore, intervenendo per la seconda volta nell'arco	
	temporale di un quinquennio, ha ritenuto di dover dettare una disciplina	
	in materia di responsabilità degli esercenti la professione medica	
	indubbiamente caratterizzata da una rafforzata tutela della posizione	
	del sanitario. Le novità introdotte dal legislatore, infatti, tutte rivolte a	
	contrastare il fenomeno della "medicina difensiva", obiettivo già	
	individuato dalla l. 8 novembre 2012 n. 189 (cd legge Balduzzi),	

	SENT. 80/2024	
	evidenziano un regime di favor nei confronti del sanitario in ragione della oggettiva "rischiosità" e dell'alea che ontologicamente caratterizza una scienza così complessa come quella medica.	
	Oltre alle novità introdotte nella materia della responsabilità penale, con la esclusione della punibilità del sanitario nelle ipotesi in cui la condotta sia stata posta in essere in ossequio alle linee guida, ovvero, in mancanza di queste, alle buone pratiche clinico-assistenziali (art. 6, comma 2 della l. 24/2017 che ha introdotto l'art. 590 sexies c.p.) e le novità nella materia della responsabilità civile, con l'alternativo filtro di procedibilità per il danneggiato che intenda esercitare l'azione di risarcimento del danno innanzi al giudice civile (art. 8) o con la possibilità di adire direttamente l'impresa che presta la copertura assicurativa alle strutture sanitarie, sociosanitarie o private nonché all'esercente la professione (art. 10), uno dei principali precetti della novella riguarda proprio la materia della responsabilità amministrativa, con l'introduzione della condizione di ammissibilità dell'azione erariale di cui all'art. 13.	
	Tale disposizione, infatti, per quel che riguarda la responsabilità amministrativa, preclude alla Procura contabile la possibilità di esercitare l'azione di risarcimento del danno erariale nei confronti del medico nell'ipotesi in cui le strutture sanitarie (e le imprese di assicurazione) non abbiano comunicato all'esercente la professione sanitaria, nel termine perentorio di 45 giorni, l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato ovvero non abbiano comunicato l'avvio delle trattative stragiudiziali.	

	SENT. 80/2024	
	<p>III. In questo ambito normativo occorre svolgere la disamina del gravame, evidenziando che la questione posta al vaglio del Collegio attiene esclusivamente all'accertamento della condizione di ammissibilità dell'azione proposta dalla Procura lombarda nei confronti del sanitario OMISSIS proprio in ragione dell'inadempimento dell'onere informativo di cui all'art. 13 della legge 24/2017.</p> <p>Risulta, infatti, che la paziente danneggiata dall'intervento chirurgico eseguito in data 20 giugno 2017 aveva presentato, in data 22 giugno 2018, ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art. 696-bis cpc, notificato alla Azienda sanitaria il 19 luglio 2018; l'azienda, con mail del 24 luglio 2018, trasmessa dalla S.C. Affari Generali e Legali alla Direzione Medica di Presidio, chiedeva di procedere alla identificazione dei sanitari coinvolti nelle cure della sig.ra OMISSIS. Nella mail si chiedeva di riscontrare la richiesta nei termini massimi di 45 giorni di cui alla legge Gelli Bianco e si anticipava l'intenzione di voler valutare l'opportunità di avviare trattative stragiudiziali. Nella medesima mail si dava atto che nella stessa giornata il medico legale interno Eloisa Marinelli provvedeva a visitare la paziente per valutare la richiesta dei danni. Il sanitario depositava la relazione peritale il successivo 17 settembre 2018 ove rilevava un rischio di soccombenza nel giudizio pari alla certezza. Il 4 ottobre 2018 il Comitato interno della struttura sanitaria proponeva la risoluzione stragiudiziale della controversia mediante il pagamento di € 75.000.</p> <p>Successivamente, in data 25 ottobre 2018, l'ASST inviava al dott. OMISSIS e al dott. OMISSIS le comunicazioni di avvio delle trattative</p>	

	SENT. 80/2024	
	stragiudiziali con il danneggiato previste dall'art. 13 l. n. 24/2017.	
	IV. La cadenza temporale innanzi esposta, che ha caratterizzato la	
	vicenda è inequivoca, sicché correttamente il giudice di prime cure ha	
	ritenuto inammissibile l'azione di risarcimento del danno proposta dalla	
	Procura contabile.	
	In primo luogo, questo Collegio ritiene che, al contrario di quanto	
	assunto in citazione e ribadito in appello dalla Procura regionale,	
	l'ASST Fatebenefratelli di Milano, secondo quanto disposto dall'art. 13	
	della l. 24/2017, avrebbe dovuto comunicare ai sanitari, entro il termine	
	di 45 giorni dal ricevimento, il ricorso ex 696 bis c.p.c. proposto dalla	
	danneggiata.	
	L'art. 13, che si richiama nuovamente per comodità di lettura, infatti,	
	stabilisce l'obbligo delle strutture sanitarie e sociosanitarie e delle	
	imprese di assicurazione di comunicare all'esercente la professione	
	sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal	
	danneggiato, per fatti che abbiano avuto origine da un evento lesivo	
	riconducibile alla condotta tenuta dal professionista. L'avviso va	
	notificato entro 45 giorni dalla ricezione della notifica dell'atto	
	introduttivo e l'omissione, la tardività o l'incompletezza della	
	comunicazioni preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di	
	responsabilità amministrativa. La disposizione in esame stabilisce	
	altresì l'onere informativo anche rispetto all'avvio delle attività	
	stragiudiziali con il danneggiato, avvio che deve essere comunicato nel	
	termine di 45 giorni, con invito a prendervi parte.	
	Invero, il dubbio interpretativo che scaturisce da tale disposizione, e su	

	SENT. 80/2024	
	cui si sono soffermate lungamente le parti nel giudizio di primo grado,	
	assumendo evidentemente posizioni contrastanti, attiene alla	
	locuzione " <i>instaurazione del giudizio</i> "; e nello specifico se il legislatore	
	abbia voluto subordinare l'ammissibilità dell'azione di risarcimento del	
	danno o di rivalsa di cui all'art. 9 della l. 24/2017, alla comunicazione	
	dell'instaurazione del giudizio di merito oppure anche all'instaurazione	
	del procedimento ex art. 696 bis cpc, divenuto, per effetto dell'art. 8	
	della l. 24/2017, propedeutico al giudizio di merito.	
	Ebbene, questo Collegio ritiene che per i motivi di seguito esplicitati	
	debba senz'altro optarsi per l'interpretazione da ultimo enunciata.	
	In primo luogo, è opportuno svolgere alcune considerazioni sullo	
	strumento che il legislatore del 2017 ha scelto per l'esperimento del	
	tentativo obbligatorio di conciliazione di cui all'art. 8 della l. 24/2017.	
	L'istituto disciplinato dall'art. 696 bis c.p.c. (<i>Consulenza tecnica</i>	
	<i>preventiva ai fini della composizione della lite</i>) introdotto con la legge	
	80/2005, infatti, ha una ratio evidentemente diversa dall'accertamento	
	tecnico di cui all'art. 696 c.p.c, la cui natura cautelare, oltreché di	
	istruzione preventiva, ne subordina l'espletamento alla condizione	
	dell'urgenza. L'accertamento tecnico di cui all'art. 696 bis,	
	diversamente, è uno strumento alternativo di risoluzione della	
	controversia a scopo deflattivo (l'acquisizione di elementi probatori	
	decisivi potrebbero evitare il giudizio stesso) e con fini primariamente	
	ed espressamente conciliativi. Il legislatore, infatti, dopo aver disposto	
	che " <i>l'espletamento di una consulenza tecnica, in via preventiva, può</i>	
	<i>essere richiesto anche al di fuori delle condizioni di cui al primo comma</i>	

	SENT. 80/2024	
	dell'art. 696 prosegue statuendo "il consulente, prima di provvedere al deposito della relazione, tenta ove possibile, la conciliazione...se le parti si sono conciliate, si forma processo verbale della conciliazione".	
	Ebbene, l'art. 8 della l. 24/2017, nell'introdurre una condizione di procedibilità della domanda nella materia della responsabilità medica (il tentativo obbligatorio di conciliazione), ha individuato come strumento potenzialmente deflattivo e conciliativo proprio il procedimento di cui all'art. 696 bis cpc (in alternativa al procedimento della mediazione).	
	È pertanto evidente che il ricorso ex art. 696 bis è rivolto <i>expressis verbis</i> , oltretutto per la sua stessa natura, al tentativo della <i>composizione stragiudiziale della lite</i> .	
	Conseguentemente, la previsione dell'onere di comunicazione per l'avvio dell'attività stragiudiziale, di cui all'art. 13 della citata novella, impone di ritenere che l'attività intrapresa per l'obbligatorio tentativo di conciliazione di cui all'art. 8 (sia nella forma del ricorso ex art. 696 bis cpc, che del procedimento di mediazione) debba essere prontamente partecipato al medico.	
	Ma vi è un ulteriore motivo che induce questo Collegio a ritenere che il ricorso ex art. 696 bis cpc debba essere comunicato, a pena di inammissibilità, al sanitario coinvolto, motivo che scaturisce dall'articolato procedurale che si legge nella disposizione in rassegna.	
	L'art. 8, infatti, non si limita a individuare una condizione di procedibilità della domanda di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria, ma indica anche uno specifico rito per la sua trattazione; il	

	SENT. 80/2024	
	legislatore, infatti, statuisce che ove l'accordo non si persegua (ovvero il procedimento ex art. 696 bis cpc non si sia concluso nel termine di sei mesi dal deposito del ricorso) il ricorrente può depositare, entro il termine di 90 giorni, innanzi allo stesso giudice dell'ATP, ricorso ex art. 281 undecies del c.p.c.: la domanda di risarcimento proposta in materia sanitaria, dunque, deve essere decisa attraverso il procedimento semplificato di cognizione, introdotto con la riforma del 2022, e che a partire dal 28 febbraio 2023 ha sostituito gli abrogati art. 702-bis ss (rito a cognizione sommaria).	
	Ebbene, l'intera struttura procedurale prevista all'art. 8, induce questo Collegio a ritenere che il ricorso per ATP e il successivo procedimento semplificato di cognizione rappresentino due fasi (di cui la seconda è solo eventuale) di un complesso procedurale unitario che, tuttavia, inizia con la presentazione del ricorso ex art. 696 bis cpc (salva l'ipotesi in cui si attiva il procedimento di mediazione di cui all'art. 5, comma 1 del d.lgs 4 marzo 2010 n. 28) e che, solo ove non si raggiunga la conciliazione, transita nel giudizio di merito.	
	Che si tratti un complesso procedurale indivisibile, a parere del Collegio, emerge inequivocabilmente dal fatto che il legislatore disciplina puntualmente anche la fase che intercorre tra l'espletamento del ricorso ex art. 696 bis cpc e il passaggio al successivo segmento del giudizio di merito. Si legge, infatti, testualmente che "Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro	

	SENT. 80/2024	
	<i>novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 281 undecies del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti e procede con le forme del rito semplificato di cognizione a norma degli articoli 281 decies e seguenti del codice di procedura civile".</i>	
	Ciò considerato, il Collegio ritiene che il giudizio per risarcimento del danno in materia di colpa medica si instauri con il ricorso ex art. 696 bis (salva l'ipotesi della mediazione), e che pertanto, laddove il legislatore all'art. 13 della l. 24/2017, utilizza la locuzione "instaurazione <i>del giudizio</i> ", intenda riferirsi anche alla proposizione del ricorso ex art. 696 bis cpc.	
	Infine, tale convincimento, oltreché dalla natura dello strumento di cui all'art. 696 bis cpc e dalla struttura procedimentale articolata dall'art. 8 della l. 24/2017, trova ulteriore riscontro anche nella <i>ratio legis</i> dell'art. 13 della l. 24/2017, nonché nella <i>ratio</i> del complesso sistema normativo inaugurato dalla cd. Legge Gelli – Bianco.	
	È indubbio che il legislatore, con la disposizione appena richiamata, abbia inteso attuare un pieno e tempestivo coinvolgimento del personale sanitario nell'ipotesi in cui venga a instaurarsi un giudizio per risarcimento del danno (ma altrettanto dicasi per l'avvio delle trattative stragiudiziali) nei confronti della struttura sanitaria. L'art. 13 in esame, infatti, si pone a tutela del diritto di difesa dell'esercente la professione sanitaria al quale il legislatore ha inteso conferire la possibilità di	

	SENT. 80/2024	
	partecipare non solo al giudizio instaurato nei confronti della struttura, ma anche alle trattative stragiudiziali con il danneggiato.	
	L' intento del legislatore è evidentemente quello di consentire al medico di intervenire sin dalle prime fasi della vicenda (processuale o stragiudiziale), per partecipare personalmente alla corretta ricostruzione dei fatti così da predisporre tempestivamente la difesa da utilizzare nell'eventuale futuro giudizio (di rivalsa o per risarcimento del danno erariale indiretto) che potrebbe nel tempo vederlo coinvolto.	
	Anche solo per tale motivo, è assolutamente necessario che il sanitario venga coinvolto nella fase propedeutica dell'accertamento di cui all'art. 696 bis cpc, in modo da aiutare il Consulente a evidenziare sin da subito elementi <i>che possano escludere la propria responsabilità e/o della struttura sanitaria.</i>	
	Invero, la stessa Procura, seppure nella citazione si dilunghi diffusamente per concludere che " <i>l'obbligo di comunicazione ex art. 13 l. n. 24/2017 non sia da riferire alla proposizione della mediazione o del giudizio per accertamento tecnico preventivo, ma solo, invece, alla proposizione di giudizi decisori a cognizione piena o sommaria</i> " (pag. 12 atto di citazione), nel proporre il gravame sembra non insistere oltre sulla corretta interpretazione da dare all'art. 13 della l. 24/2017: al contrario, mutando il proprio convincimento esposto in citazione, a pag. 10 dell'atto di gravame afferma che " <i>lo scopo che mira a raggiungere il legislatore con la norma di cui all'art. 13 l. n. 24/201 è quello di consentire all'esercente la professione sanitaria di esprimere le proprie difese, nell'ambito del giudizio civile proposto dal soggetto presunto</i>	

	SENT. 80/2024	
	<i>danneggiato, già nella sua fase “presupposta”, quale quella</i>	
	<i>dell'accertamento tecnico preventivo... lo strumento delle</i>	
	<i>comunicazioni ai sanitari presunti responsabili ... previsto dall'art. 13</i>	
	<i>Legge Gelli-Bianco, dunque, consente ai sanitari di introdurre, già nel</i>	
	<i>giudizio di accertamento tecnico preventivo, elementi probatori utili ad</i>	
	<i>evidenziare l'assenza di responsabilità...”.</i>	
	Alla luce di tutto quanto sin qui rilevato, si ritiene che, in ragione del	
	combinato disposto degli articoli 8 e 13 della legge 8 marzo 2017 n. 24,	
	il ricorso ex art. 696 bis cpc proposto da chi intenda esercitare	
	un'azione di risarcimento del danno da responsabilità medica debba	
	essere comunicato nel termine di 45 giorni all'esercente la professione	
	sanitaria, la qual cosa nel caso di specie non è avvenuta, e che	
	pertanto sul punto è corretta la sentenza di primo grado.	
	V. Ciò posto in termini generali, e passando alla disamina dei motivi di	
	appello, vi è una considerazione del tutto assorbente ben esposta dalla	
	difesa di entrambi gli appellati, e per quel che qui interessa dal	
	OMISSIS a pag. 15 della memoria di costituzione, che renderebbe inutile	
	una pronuncia di questa Sezione d'appello sulla fondatezza della prima	
	censura mossa dalla Procura.	
	Il giudice territoriale, infatti, ha dichiarato l'inammissibilità della	
	citazione per tardiva comunicazione del contenzioso ai medici odierni	
	convenuti evidenziando in primo luogo che “il ricorso ex art. 696 bis	
	cpc debba essere considerato un atto introduttivo del giudizio in	
	considerazione sia del consolidato orientamento della Corte di	
	cassazione che riconduce l'accertamento tecnico preventivo alla	

	SENT. 80/2024	
	<i>categoria dei giudizi conservativi (...) sia di tutti quegli aspetti (...) che</i>	
	<i>fanno propendere per l'inquadramento come procedimento giudiziale”</i>	
	(pag. 14 della sentenza appellata).	
	Ebbene, la Procura con il primo motivo di gravame, condividendo	
	sostanzialmente la premessa argomentativa svolta dal giudice di primo	
	grado in ordine all' onere di comunicazione del ricorso ex art. 696 bis	
	cpc, e quindi, si ribadisce, modificando la propria posizione	
	diffusamente sostenuta nell'atto di citazione, ha tuttavia censurato la	
	sentenza <i>per error in iudicando e in procedendo, per violazione e falsa</i>	
	<i>applicazione dell'art. 13 legge 8 marzo 2017 n. 24, per violazione del</i>	
	<i>principio di effettività della tutela e contraddittorietà intrinseca della</i>	
	<i>motivazione.</i> Nello specifico ha opposto che nel caso in specie la	
	consulenza tecnica preventiva non si era espletata poiché l'Azienda	
	sanitaria decideva, ancora prima dello svolgimento dell'udienza di	
	conferimento dell'incarico al CTU, di avviare le trattative stragiudiziali	
	con la sig. OMISSIS. Secondo l'assunto dell'appellante, quand'anche	
	la comunicazione ex art. 13 l. n. 24/2017 fosse stata correttamente	
	effettuata dall'Azienda sanitaria, gli odierni appellati non avrebbero	
	avuto comunque modo di intervenire utilmente nel giudizio.	
	La Procura, dunque, ha ritenuto viziata la decisione di primo grado	
	poiché l'inammissibilità della domanda era stata decisa “ <i>solo in forza</i>	
	<i>di una interpretazione estremamente letterale della norma di cui all'art.</i>	
	<i>13 l. 24/2017 che, sganciata dal proprio significato teologico, si è risolta</i>	
	<i>in un mero ostacolo processuale”</i> (pag. 9 dell'atto di appello). Secondo	
	l'appellante, invece, il giudice avrebbe dovuto valorizzare	

	SENT. 80/2024	
	l'interpretazione teleologica della norma ed affermare che il vizio di comunicazione ai sanitari può provocare l'inammissibilità solo in quei casi in cui " <i>in concreto, l'omessa, tardiva o incompleta comunicazione prevista dalla disposizione abbia provocato un deficit difensivo a danno degli esercenti la professione sanitaria, impedendone la possibilità di partecipare a un giudizio o a un procedimento effettivamente svoltosi e conclusosi</i> " (pag. 14 atto d'appello).	
	Ebbene, tale censura, anche ove in astratto fosse fondata, non sarebbe sufficiente ad impedire la declaratoria di inammissibilità dell'azione attorea.	
	Il giudice di primo grado, in realtà, giustifica la statuizione di inammissibilità ex art. 13 della l. 24/2017 con una diversa e autonoma motivazione da quella censurata dalla Procura.	
	A pag. 16 della sentenza, infatti, afferma: " <i>anche se non si seguisse la prospettazione della Procura e non fosse considerato un atto introduttivo del giudizio (si riferisce al ricorso ex art. 696 bis cp), la sua proposizione fa individuare con sicurezza il momento di formale avvio delle trattative stragiudiziali, che pure ricadono nell'onere di comunicazione previsto dall'art. 13</i> ".	
	Come eccepito dagli appellati, tale capo della sentenza non è stato gravato dalla Procura, seppure costituisca una motivazione autonoma, e da sola idonea a mantenere in piedi la statuizione di inammissibilità.	
	Come chiarito dalla Cassazione, infatti, " <i>ove la sentenza sia sorretta da una pluralità di ragioni, distinte ed autonome, ciascuna delle quali giuridicamente e logicamente sufficiente a giustificare la decisione</i>	

	SENT. 80/2024	
	<i>adottata, l'omessa impugnazione di una di esse rende inammissibile, per difetto di interesse, la censura relativa alle altre, la quale, essendo divenuta definitiva l'autonoma motivazione non impugnata, non potrebbe produrre in nessun caso l'annullamento della sentenza</i> (Cass. Civile ord. n. 16242/2022); o ancora " <i>è sufficiente che anche una sola delle rationes decidendi su cui si fonda la decisione impugnata non abbia formato oggetto di idonea censura (ovvero sia stata respinta) perchè il ricorso (o il motivo di impugnazione avverso il singolo capo di essa) debba essere rigettato nella sua interezza</i> (v. Cass., Sez. Un., 8/8/2005, n. 16602 e, conformemente, Cass., 27/12/2016, n. 27015, n. 24076).	
	Ciò posto, poiché la sentenza impugnata ha dichiarato la inammissibilità dell'azione erariale in ragione dell'art. 13 citato sulla base di ulteriori e autonome motivazioni, l'omessa impugnazione di una di tali <i>ratio decidendi</i> determina il rigetto del gravame nella sua interezza per difetto di interesse.	
	In ogni caso, e per completezza, si aggiunge che la censura formulata con il primo motivo di appello è anche infondata.	
	In primo luogo, è da escludere che la condizione di ammissibilità della domanda di risarcimento del danno erariale (o di rivalsa) prevista all'art. 13 della l. Gelli-Bianco debba essere scrutinata dal giudice in ragione di circostanze di fatto in alcun modo contemplate dal legislatore, quali per esempio il comportamento delle parti.	
	Una volta che si ritenga sottoposto all'obbligo comunicativo anche il ricorso ex art. 696 bis, dunque, come peraltro la stessa Procura	

	SENT. 80/2024	
	<p>ricosce nell'atto di appello, non può il giudice vagliare la sussistenza o meno di tale condizione di ammissibilità in ragione di circostanze di fatto che, secondo l'appellante, renderebbero non apposta la condizione stessa: ci si riferisce, in particolare, all'argomentazione esposta a pag. 14 dell'atto di appello, con cui il Procuratore appellante sostiene che il giudice di primo grado non avrebbe dovuto ritenere operante la norma di cui all'art. 13 già citato, nelle ipotesi in cui dall'omessa comunicazione non sia derivata compromissione del diritto di difesa del sanitario, dimenticando che il giudice può disapplicare una norma di legge solo qualora contrasti con un precetto eurounitario.</p> <p>In ogni caso, come correttamente e puntualmente evidenziato anche dal giudice lombardo, <i>“se i ricorrenti fossero stati tempestivamente informati della proposizione del ricorso ex articolo 696 bis, avrebbero potuto decidere di alimentare loro stessi il procedimento di consulenza tecnica preventiva avviato col predetto ricorso, proseguendolo nell'esplicazione delle strategie difensive reputate più utili fino ad ottenere anche una pronuncia del giudice”</i>.</p> <p>La sentenza gravata, dunque, lungi dall'aver motivato in maniera contraddittoria sul punto, correttamente ha dichiarato l'inammissibilità dell'azione di risarcimento del danno erariale.</p> <p>VI. Va ora esaminato il secondo motivo di gravame formulato dall'appellante, incentrato esclusivamente sulla questione di costituzionalità dell'art. 13 della l. 8 marzo 2017 n. 24.</p> <p>Con il secondo motivo, infatti, la Procura ha censurato <i>per error in</i></p>	

	SENT. 80/2024	
	<p><i>iudicando et in procedendo e per errata valutazione</i>, il capo della sentenza n 226/2022 nella parte in cui ha rigettato per manifesta infondatezza l'eccezione di incostituzionalità dell'art. 13 della l. 8 marzo 2017 n. 24, proposta in primo grado con l'atto di citazione; e ha riproposto la questione, in grado di appello, ribadendone il contrasto con gli articoli 3, 103 e 111 della Costituzione.</p> <p>Secondo la Procura appellante, il giudice di prime cure, laddove ha affermato che <i>“il Procuratore della Corte dei conti potrà comunque agire nei confronti dei dipendenti che hanno omesso il suddetto adempimento, così privando l'amministrazione della chances di ottenere il risarcimento del danno dai diretti responsabili dello stesso”</i>, avrebbe trascurato di considerare che, nell'ambito del giudizio di responsabilità non è configurabile una sorta di <i>surrogazione del soggetto che ometta le comunicazioni di cui all'art. 13 nella posizione dei sanitari che dovrebbero rispondere per il danno arrecato all'Azienda sanitaria</i>; anche perché, sempre secondo l'assunto dell'appellante sarebbe <i>“necessario dimostrare la colpa grave nella condotta omissiva”</i>.</p> <p>Ebbene, la censura non è condivisa.</p> <p>In primo luogo, non è pertinente il richiamo operato dalla Procura appellante all'istituto della surrogazione; si consideri, infatti, che tale strumento, previsto agli art. 1201 e ss del codice civile, determina, solo <i>a seguito di adempimento</i> della obbligazione da parte di un terzo, una sostituzione soggettiva (per volontà del creditore, per volontà del debitore o per legge) <i>a latere creditoris</i>.</p>	

	SENT. 80/2024	
	Sicché, quanto argomentato dal giudice di primo grado nella sentenza	
	impugnata per escludere la fondatezza della questione di	
	costituzionalità, e cioè la possibilità per la Procura di chiamare ai danni	
	il dipendente che abbia violato l'obbligo di comunicazione ex art. 13,	
	tecnicamente non può configurare neanche in astratto l'“ <i>automatica</i>	
	<i>surrogazione</i> ” paventata dalla Procura.	
	Né può aver rilievo l'assunto che in questo modo il risarcimento del	
	danno sarebbe subordinato alla colpa grave del dipendente	
	inadempiente all'obbligo di cui all'art. 13, così creando un vulnus al	
	patrimonio pubblico.	
	Quanto evidenziato dal giudice di prime cure, infatti, è perfettamente	
	aderente al paradigma normativo del risarcimento del danno erariale	
	per responsabilità amministrativa causato dalla condotta gravemente	
	colposa o dolosa di un soggetto legato da rapporto di servizio con la	
	pubblica amministrazione; ed è, pertanto, perfettamente rispondente ai	
	principi costituzionali di cui agli art. 3, 103 e 111 invocati dalla Procura.	
	È evidente, infatti, che ove sia accertata l'inammissibilità dell'azione	
	erariale in ragione della violazione dell'obbligo di tempestiva	
	comunicazione di cui all'art. 13 della l. Gelli-Bianco, la Procura può	
	agire nei confronti dei dipendenti che hanno omesso la comunicazione.	
	Correttamente, dunque, il giudice di primo grado ha ritenuto che la	
	condizione di ammissibilità dell'azione statuita dalla disposizione	
	gravata sia assolutamente compatibile con i principi costituzionali	
	richiamati dalla Procura.	
	Altresì infondato è l'ulteriore percorso argomentativo della Procura che	

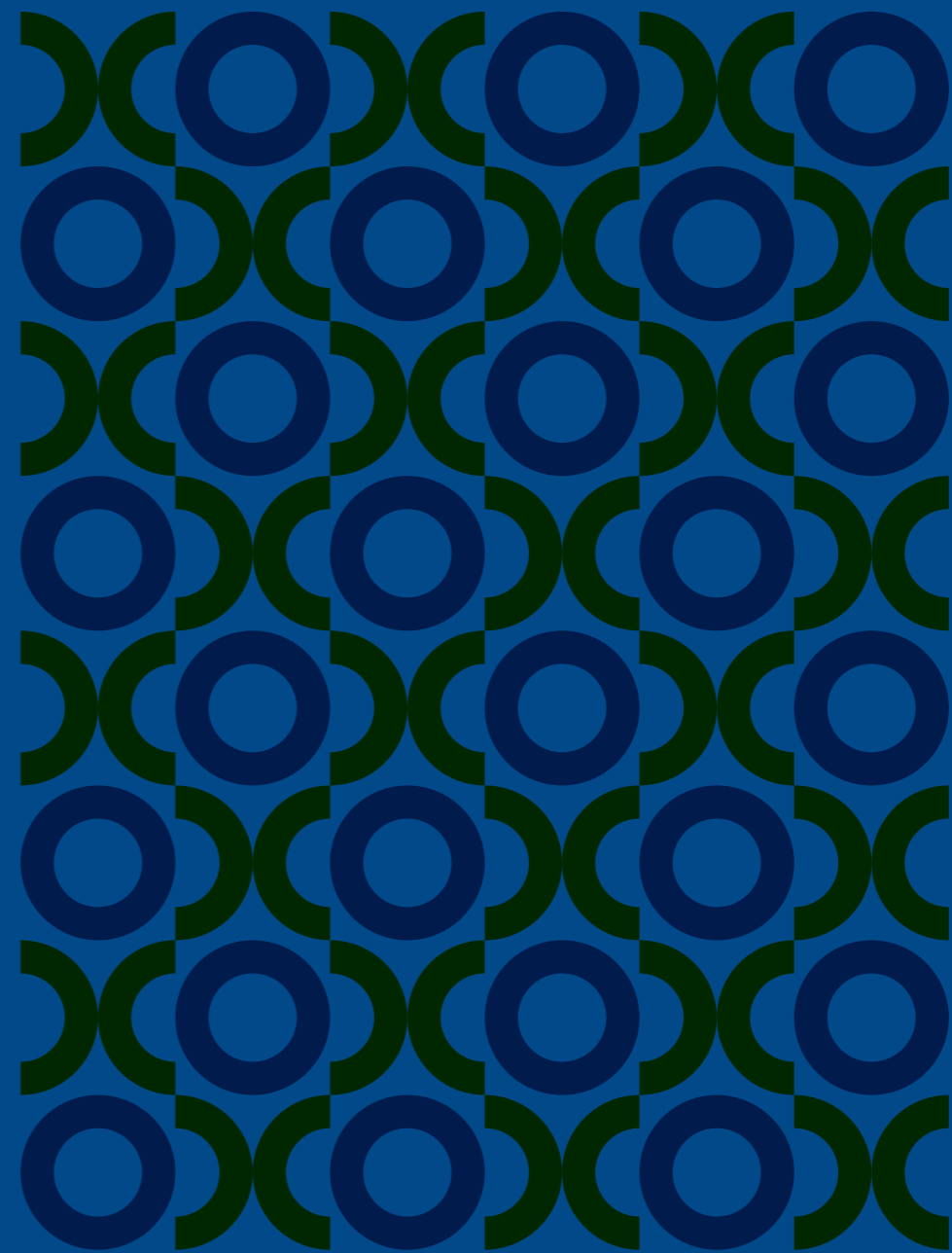
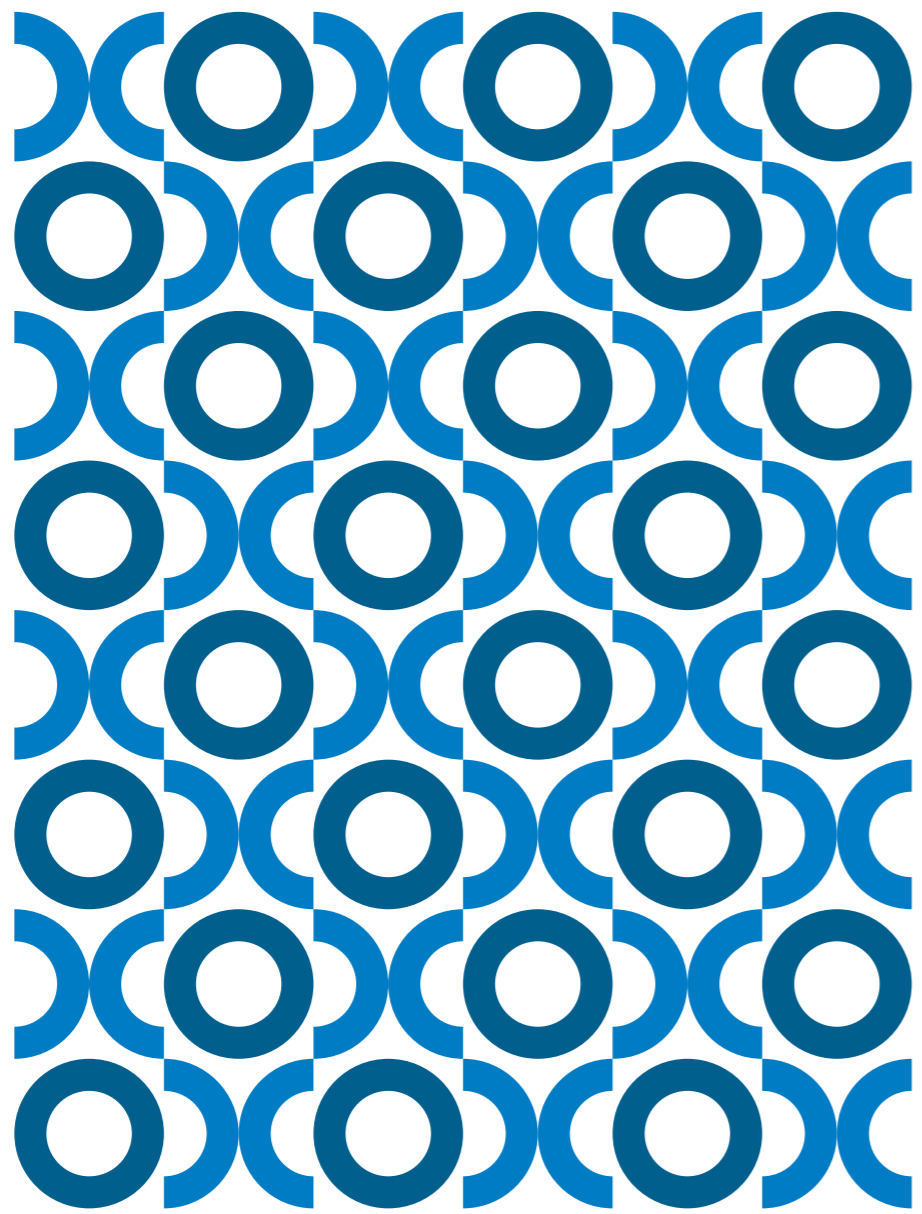
	SENT. 80/2024	
	censura la sentenza di primo grado nella parte in cui, nel ritenere non	
	manifestamente fondata la questione di costituzionalità, non avrebbe	
	considerato che l'art. 13 della l. 24/2017, condizionando l'azione della	
	Procura contabile alla <i>diligenza e/o solerzia di un soggetto estraneo al</i>	
	<i>titolare del potere d'azione</i> ”, e nello specifico all'azione dell'Azienda	
	sanitaria o addirittura delle compagnie assicurative, si porrebbe in	
	contrasto con il principio di effettività dell'azione di responsabilità	
	intestata alla Procura contabile di cui all'art. 103 Cost. e con il principio	
	di parità delle parti processuali, garantito dall'art. 111 della	
	Costituzione.	
	Anche tale censura non revoca in dubbio la correttezza della sentenza	
	lombarda.	
	In primo luogo, occorre precisare che ove il privato danneggiato abbia	
	proposto l'azione di risarcimento direttamente nei confronti della	
	compagnia assicurativa (art. 12 della l. Gelli Bianco), spetta a	
	quest'ultima azionare la rivalsa nei confronti dell'assicurato; sicché,	
	l'eventuale violazione dell'obbligo di comunicazione e,	
	conseguentemente, l'inammissibilità dell'azione per violazione dell'art.	
	13, non si ripercuote certo sull'erario pubblico. Ne consegue che tutta	
	l'argomentazione formulata a pag. 17 dell'atto di appello è irrilevante ai	
	fini del presente giudizio.	
	Nell'ipotesi in cui, invece, il danneggiato agisca direttamente nei	
	confronti della struttura sanitaria, nessun vulnus alla funzione della	
	magistratura contabile di tutela del patrimonio pubblico e quindi alle	
	disposizioni costituzionali richiamate dall'appellante è configurabile in	

	SENT. 80/2024	
	quanto la condizione di ammissibilità di cui all'art. 13 è subordinata alla	
	condotta di un soggetto che, seppure terzo rispetto a chi ha la titolarità	
	dell'azione di risarcimento, è comunque legato da rapporto di servizio	
	con l'amministrazione danneggiata, sicché la Procura, si ribadisce, può	
	agire nei confronti di questi per il depauperamento erariale.	
	Ancora l'appellante ritiene viziata la sentenza nella parte in cui ha	
	ritenuto infondata l'eccezione di incostituzionalità per violazione	
	dell'art. 3 della Costituzione, e segnatamente per irragionevolezza,	
	senza considerare <i>"l'ipotesi in cui la struttura sanitaria, pur in perfetta</i>	
	<i>buona fede e armata della migliore solerzia, abbia difficoltà obiettiva</i>	
	<i>nell'individuare correttamente il responsabile del sinistro"</i> (pag. 22	
	dell'atto di appello); e per supportare il proprio ragionamento, richiama	
	esempi assolutamente estranei ai fatti di causa (quali l'ipotesi	
	dell'infezione intraoperatoria o l'emorragia cerebrale ecc).	
	Ebbene, è evidente l'irrelevanza, prima ancora della infondatezza, di	
	tali argomentazioni ove si consideri che nel caso concreto i sanitari	
	coinvolti nella vicenda erano stati puntualmente indicati già nell'atto di	
	intimazione notificato all'ospedale Fatebenefratelli dal legale della	
	sig.ra OMISSIS già il 9.3.2018 (doc. 2 fascicolo del convenuto	
	OMISSIS nel giudizio di primo grado).	
	Infine, la Procura ha censurato la disposizione in esame rilevando che	
	seppure il legislatore abbia introdotto una condizione di procedibilità,	
	non ha poi previsto la possibilità di recuperare l'attività omessa a	
	seguito della proposizione del giudizio. Chiarisce infatti, che le	
	condizioni di procedibilità devono sussistere al momento della	

	SENT. 80/2024	
	decisione sicché sempre il legislatore consente al giudice di	
	sospendere il giudizio assegnando all'attore il termine per recuperare	
	l'attività omessa.	
	È evidente l'equivoco in cui è incorsa la Procura appellante laddove	
	qualifica l'obbligo di comunicazione di cui all'art. 13 come <i>condizione</i>	
	<i>di procedibilità</i> trattandosi invece chiaramente ed <i>expressis verbis</i> di	
	una <i>condizione di ammissibilità</i> dell'azione, che quindi deve sussistere	
	al momento della proposizione della domanda.	
	Peraltro, tutt'altro che irragionevole, la disposizione in esame risponde	
	perfettamente alla <i>ratio</i> di tutta la novella del 2017, che come innanzi	
	evidenziato, è quella di garantire, con più vigore, il contraddittorio nei	
	confronti dell'operatore sanitario; di rafforzare il diritto di difesa in	
	ragione della complessità della materia sanitaria, incoraggiando	
	l'effetto deflattivo del contenzioso; di combattere il fenomeno della	
	medicina difensiva che, questa sì, si pone in contrasto con il diritto	
	costituzionalmente garantito alla salute. In tale prospettiva non può	
	considerarsi irragionevole l'esercizio della discrezionalità impiegata dal	
	legislatore nel senso fatto proprio dall'art. 13 più volte citato.	
	Correttamente, dunque, il giudice di primo grado ha dichiarato la non	
	manifesta fondatezza della questione di legittimità costituzionale, non	
	ravvisandosi alcun contrasto tra l'art. 13 della l. 24/2017 e i parametri	
	costituzionali indicati dall'appellante.	
	Anche il secondo motivo di gravame, dunque, deve essere respinto.	
	Alla luce di tutto quanto sin qui considerato, l'appello deve essere	
	rigettato, con conferma integrale della sentenza di primo grado. Per	

	SENT. 80/2024	
	l'effetto, deve essere confermata l'inammissibilità dell'azione di	
	risarcimento del danno per colpa medica proposta dalla Procura nei	
	confronti di OMISSIS.	
	Ai sensi dell'art. 31 cgc , terzo comma, la definizione del giudizio sulla	
	base della sola questione preliminare comporta la compensazione fra	
	le parti delle spese di giudizio.	
	P.Q.M.	
	La Seconda Sezione giurisdizionale d'appello, definitivamente	
	pronunciando, dichiara estinto il giudizio nei confronti del dr. OMISSIS.	
	Rigetta l'appello proposto dalla Procura regionale presso la Sezione	
	giurisdizionale per la Lombardia e, per l'effetto, conferma	
	integralmente la sentenza n. 226/2022 della Sezione giurisdizionale	
	per la regione Lombardia.	
	Spese di giudizio compensate.	
	Così deciso in Roma, nella camera di consiglio del 12 dicembre 2023.	
	il giudice estensore	il Presidente
	Ida Contino	Rita Loreto
	Firmato digitalmente	Firmato digitalmente
	Depositato in Segreteria il 02 APRILE 2024	
	Per la Dirigente	
	Dott.ssa Luciana Troccoli	
	Firmato digitalmente	
	Il Funzionario Amministrativo	
	Dr.ssa Alessandra Carcani	

	SENT. 80/2024	
	DECRETO	
	Il Collegio, ravvisati gli estremi per l'applicazione dell'art. 52 del	
	Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196,	
	DISPONE	
	che a cura della Segreteria sia apposta l'annotazione di cui al comma	
	3 di detto articolo 52, a tutela dei diritti dei terzi.	
	IL PRESIDENTE	
	(Rita Loreto)	
	f.to digitalmente	
	Depositato in Segreteria il 02 APRILE 2024	
	p. IL DIRIGENTE	
	(dott.ssa Luciana Troccoli)	
	f.to digitalmente	
	Il Funzionario Amministrativo	
	Dr.ssa Alessandra Carcani	
	In esecuzione del provvedimento collegiale ai sensi dell'art. 52 del	
	Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, in caso di diffusione:	
	omettere le generalità e gli altri dati identificativi dei terzi.	
	Roma, 02 APRILE 2024	
	p. IL DIRIGENTE	
	(dott.ssa Luciana Troccoli)	
	f.to digitalmente	
	Il Funzionario Amministrativo	
	Dr.ssa Alessandra Carcani	



LEGGE
8 MARZO 2017,
N. 24 (CD. GELLI)

APPROFONDIMENTI
ARTICOLO 13

OBBLIGO DI COMUNICAZIONE
ALL'ESERCENTE
LA PROFESSIONE SANITARIA
DEL GIUDIZIO BASATO
SULLA SUA RESPONSABILITÀ

LUGLIO 2024

SUPPLEMENTO
ALLA RIVISTA
SEMESTRALE
MONITOR 48 · 2023

monitor

agenas.



AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI