

Danno biologico, morale e responsabilità medica: le Tabelle di Milano 2026

Guida sistematica all'architettura del danno non patrimoniale, alla responsabilità sanitaria ex L. 24/2017, alla tutela dell'autodeterminazione ed alla liquidazione tabellare a punto variabile

Federico Palumbo — Fondatore di Metodo Giuridico

Aggiornato al 30 luglio 2026. Saggio di Approfondimento in materia di Diritto Civile e Responsabilità Sanitaria.

Abstract: *Il presente contributo analizza in modo sistematico ed esaustivo l'evoluzione della responsabilità medica e delle tecniche di liquidazione del danno alla persona nell'ordinamento italiano. Muovendo dall'inquadramento dogmatico del danno non patrimoniale ex art. 2059 c.c. e dal consolidamento dei principi sanciti dalle Sezioni Unite di San Martino, il saggio approfondisce la duplice struttura della responsabilità sanitaria introdotta dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli-Bianco), distinguendo la natura contrattuale dell'obbligazione della struttura sanitaria ex art. 1218 c.c. dalla natura extracontrattuale della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria ex art. 2043 c.c. Particolare attenzione è dedicata alla teoria della liquidazione tabellare a punto variabile basata sulle Tabelle del Tribunale di Milano (edizione 2026), alla perimetrazione del danno biologico e del danno morale soggettivo senza duplicazioni risarcitorie, ed al regime autonomo della lesione del diritto al consenso informato quale pregiudizio alla libera autodeterminazione del paziente. Infine, viene delineato il riparto dell'onere della prova nelle azioni risarcitorie e la funzione decisiva della consulenza tecnica d'ufficio medico-legale condotta alla luce delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali.*

Abstract: *This comprehensive essay examines the modern landscape of medical malpractice liability and personal injury compensation in the Italian legal system. Moving from the dogmatic framework of non-pecuniary damage under Article 2059 of the Italian Civil Code and the landmark rulings of the United Sections of the Court of Cassation, the study explores the dual-track liability system established by Law n. 24/2017 (Gelli-Bianco Law). It distinguishes the contractual liability of healthcare facilities under Article 1218 from the tort liability of individual medical practitioners under Article 2043. Special focus is given to the point-value calculation method codified in the 2026 Milan Personal Injury Tables, the demarcation between biological damage and subjective moral suffering to avoid double recovery, and the autonomous compensability of informed consent violations as an infringement of patient self-determination. Lastly, the essay outlines the burden of proof allocation in medical negligence claims and the paramount role of court-appointed medical-legal expert appraisals aligned with accredited clinical guidelines.*

Punti Chiave dell'Analisi

- **Unicità dell'art. 2059 c.c.:** Il danno non patrimoniale è categoria omnicomprensiva risarcibile nelle componenti biologica, morale ed esistenziale.
- **Doppio binario L. 24/2017:** Responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. per la struttura ed extracontrattuale ex art. 2043 c.c. per il medico dipendente.
- **Tabelle di Milano 2026:** Parametro di riferimento equitativo nazionale a punto variabile per la quantificazione uniforme del danno alla persona.
- **Consenso informato autonomo:** La violazione dell'autodeterminazione costituisce voce di danno autonoma e distinta dal pregiudizio alla salute.
- **Onere della prova ex art. 1218 c.c.:** Il paziente allega la lesione ed il nesso; la struttura dimostra la non imputabilità e la conformità alle linee guida.

Tesi Guida di Metodo Giuridico

«La risarcibilità del danno non patrimoniale da responsabilità sanitaria postula un rigoroso accertamento della lesione dell'integrità psicofisica (danno biologico) e della sofferenza interiore (danno morale), la cui liquidazione equitativa deve avvenire mediante l'applicazione delle Tabelle di Milano adeguate al punto variabile, garantendo la personalizzazione del risarcimento in presenza di circostanze peculiari ed evitando indebite duplicazioni risarcitorie. Il diritto al consenso informato costituisce un bene autonomo e protetto, la cui violazione genera responsabilità risarcitoria anche in assenza di un peggioramento delle condizioni di salute. Nel giudizio di responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. intrapreso contro la struttura sanitaria, gravano sul danneggiato unicamente la prova del contratto e dell'insorgenza della patologia lesiva, mentre incombe sulla struttura l'onere di dimostrare la causa non imputabile dell'evento dannoso o l'esatta esecuzione della prestazione medica in conformità alle accreditate linee guida ed alle buone pratiche clinico-assistenziali.»

01. La natura del danno non patrimoniale e la

ricomposizione unitaria dell'art. 2059 c.c.

1.1 — Dalle sentenze di San Martino al sistema bipolare del danno alla persona

Il sistema del risarcimento del danno non patrimoniale nell'ordinamento civile italiano è stato oggetto di una delle più imponenti ricostruzioni dogmatiche della storia del diritto privato europeo. Al centro di tale evoluzione si colloca il superamento della tradizionale lettura dell'art. 2059 c.c., che in origine identificava il danno non patrimoniale con il solo "danno morale soggettivo" (ossia il transeunte turbamento dello stato d'animo) e ne condizionava la risarcibilità alla presenza di un fatto-reato ai sensi dell'art. 185 c.p.¹.

Nel corso degli anni Settanta e Ottanta del Novecento, la giurisprudenza di merito (principalmente i Tribunali di Genova, Milano e Roma) e la dottrina più illuminata avevano denunciato l'iniquità di un sistema che ancorava il risarcimento della lesione dell'integrità fisica alla sola perdita o riduzione della capacità lavorativa specifica dell'individuo. Tale approccio patrimonialisante produceva l'effetto paradossale per cui la menomazione subita da un lavoratore ad alto reddito veniva risarcita con somme ingenti, mentre la medesima menomazione riportata da un bambino, da un casalingo o da un anziano privo di reddito da lavoro non dava luogo ad alcun risarcimento per l'assenza di un danno patrimoniale risarcibile. La svolta storica fu impressa dalla sentenza della Corte Costituzionale 14 luglio 1986, n. 184, la quale riconobbe la risarcibilità autonoma del "danno biologico" quale lesione del bene salute tutelato dall'art. 32 Cost., affrancandolo dalla capacità di guadagno della vittima.

Attraverso la successiva sentenza della Corte Costituzionale n. 233 del 2003 e le celebri decisioni "gemelle" delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione dell'11 novembre 2008 (n. 26972, 26973, 26974 e 26975, note come *sentenze di San Martino*), l'art. 2059 c.c. è stato ricondotto a norma contenitore di carattere costituzionalmente orientato, idonea ad includere ogni pregiudizio non patrimoniale derivante dalla lesione di diritti inviolabili della persona garantiti dalla Costituzione (in primis il diritto alla salute ex art. 32 Cost.)².

L'insegnamento fondamentale delle Sezioni Unite consiste nella riaffermazione del principio di **unicità e tipicità del danno non patrimoniale**. Esso non è frazionabile in autonome sottocategorie dotate di proprio statuto dogmatico (danno biologico, danno morale, danno esistenziale), ma costituisce una categoria generale ed unitaria articolata al suo interno in plurime componenti descrittive dell'unitario pregiudizio sofferto dalla persona umana.

Ne deriva la costruzione di un sistema bipolare del danno aquiliano e contrattuale: da un lato il danno patrimoniale ex art. 2043 c.c. (articolato in danno emergente e lucro cessante ex art. 1223 c.c.), fondato sul principio della riparazione integrale delle perdite economiche; dall'altro il danno non patrimoniale ex art. 2059 c.c., risarcibile unicamente nei casi previsti dalla legge ordinaria o derivante dalla lesione di interessi costituzionali di primario rilievo.

1.2 — L'autonomia concettuale del danno morale ed il pregiudizio dinamico-relazionale

Nel decennio successivo alle sentenze del 2008, la giurisprudenza della Terza Sezione Civile della Suprema Corte ha intrapreso un'opera di affinamento ermeneutico volta ad impedire che l'aspirazione all'unità del danno non patrimoniale si traducesse nella svincolata omologazione delle voci di danno e nel rischio di un appiattimento delle tutele spettanti alla vittima di lesioni fisiche gravi.

Con il celebre "decalogo" inaugurato dalle sentenze n. 7513/2018 e ribadito dalla sentenza n. 28989 dell'11 novembre 2019, la Cassazione ha riaffermato l'**autonomia concettuale del danno morale** rispetto al danno biologico³. Mentre il danno biologico è la lesione dell'integrità psicofisica suscettibile di accertamento medico-legale (che proietta i suoi effetti sia sulla dimensione somatica che sugli aspetti dinamico-relazionali ordinari della vita del danneggiato), il danno morale si sostanzia nella sofferenza interiore, nel dolore dell'animo, nella vergogna, nell'angoscia o nel patema d'animo provato dal soggetto.

Si tratta di due aspetti fenomenologici della lesione alla persona profondamente diversi: l'aspetto anatomico-funzionale ed estrinseco (danno biologico in senso stretto e compromissione delle attività quotidiane) ed l'aspetto intimistico ed intrinseco (il dolore puro, sofferto a livello psicologico profondo). Ai fini risarcitori, il giudice ha il dovere di valutare ed evidenziare entrambe le componenti nell'atto di quantificazione del danno non patrimoniale, per evitare sia il difetto di tutela (mancato riconoscimento del dolore morale) sia la duplicazione risarcitoria (attribuzione di somme duplicate per il medesimo pregiudizio dinamico-relazionale già ricompreso nella tabella del danno biologico).

Il pregiudizio cosiddetto "esistenziale" non costituisce una voce autonoma di danno, ma si identifica con lo sconvolgimento delle abitudini di vita e delle relazioni interpersonali che, se derivante da una lesione della salute, trova integrale ristoro nella componente dinamico-relazionale del danno biologico (eventualmente aumentata mediante il meccanismo della personalizzazione equitativa). La rigida distinzione tra sofferenza interiore e compromissione relazionale assicura che ciascuna dimensione del patimento umano riceva la corretta ed adeguata risposta risarcitoria.

02. La responsabilità sanitaria e la struttura dell'illecito dopo le leggi Balduzzi e Gelli-Bianco

2.1 — Il doppio binario di responsabilità contrattuale (art. 1218 c.c.) ed extracontrattuale (art. 2043 c.c.)

La materia della responsabilità professionale medica ha conosciuto negli ultimi due decenni una profonda trasformazione legislativa, volta a bilanciare la tutela dell'integrità psicofisica del paziente con l'esigenza di contenere i costi della cosiddetta "medicina difensiva" ed il fenomeno delle polizze assicurative sanitarie insostenibili per le strutture e per i medici.

La svolta decisiva è stata impressa dalla [Legge 8 marzo 2017, n. 24](#) (nota come Legge Gelli-Bianco), che ha superato la precedente disciplina del Decreto Balduzzi (D.L. n. 158/2012) introducendo in modo nitido un sistema fondato sul **doppio binario di responsabilità**¹:

- **Responsabilità della Struttura Sanitaria (art. 7, comma 1, L. 24/2017):** La struttura sanitaria pubblica o privata che si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria (anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti) risponde delle loro condotte colpose o dolose a titolo di *responsabilità contrattuale* ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c. Il rapporto tra paziente e struttura nasce dal contratto di ospedalizzazione o di assistenza sanitaria, comprendendo sia le prestazioni medico-chirurgiche sia gli obblighi accessori di albergo, sicurezza ed igiene degli impianti.
- **Responsabilità del Medico Dipendente o Strutturato (art. 7, comma 3, L. 24/2017):** L'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività nell'ambito di una struttura sanitaria (pubblica o privata) o in regime di convenzione risponde del proprio operato a titolo di *responsabilità extracontrattuale* ai sensi dell'art. 2043 c.c., salvo che abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta direttamente con il paziente (come nell'ipotesi della libera professione intramuraria o del medico di fiducia prescelto dal paziente).

Tale biforcazione dogmatica produce imponenti riflessi pratici sul piano del regime della prescrizione del diritto al risarcimento (prescrizione decennale ex art. 2946 c.c. per l'azione contro la struttura sanitaria; prescrizione quinquennale ex art. 2947 c.c. per l'azione diretta contro il singolo medico) ed in ordine alla ripartizione dell'onere della prova.

Sul piano penale, l'art. 6 della Legge Gelli-Bianco ha introdotto l'art. 590-sexies c.p., che esclude la punibilità dell'esercente la professione sanitaria per i delitti di omicidio o lesioni colpose commessi per imperizia, qualora siano state rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida accreditate o, in mancanza, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che tali raccomandazioni risultino adeguate alle specificità del caso concreto. Tale scriminante penale limita la responsabilità del sanitario alle sole ipotesi di colpa grave o dolo, senza tuttavia intaccare il diritto del paziente al risarcimento del danno in sede civile.

2.2 — Il nesso di causalità materiale e giuridica nella prestazione medico-chirurgica

Nell'accertamento della responsabilità sanitaria, il profilo di maggiore complessità medico-legale e giuridica risiede nella prova del **nesso di causalità**. La giurisprudenza civile applica rigorosamente la distinzione tra causalità materiale (accertamento della derivazione dell'evento lesivo dalla condotta attiva od omissiva del sanitario ex artt. 40 e 41 c.p.) e causalità giuridica (determinazione dell'ambito dei danni risarcibili ex art. 1223 c.c.)³.

Mentre nel processo penale per lesioni o omicidio colposo vige il canone rigoroso dell'accertamento della causalità "oltre ogni ragionevole dubbio" (ossia con probabilità logica vicina alla certezza, secondo l'insegnamento delle Sezioni Unite Franzese n. 30328/2002), nel processo civile di risarcimento del danno trova applicazione il diverso canone della **probabilità prevalente** ("più probabile che non").

Nelle ipotesi di condotta medica omissiva (ad esempio il ritardo nella diagnosi di un tumore o l'omessa esecuzione di un intervento chirurgico d'urgenza), il giudice deve procedere ad un giudizio controfattuale ipotetico: eliminando mentalmente l'omissione ed inserendo la condotta doverosa prescritta dalle linee guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali, occorre verificare se sia più probabile che non che l'evento dannoso non si sarebbe verificato o si sarebbe verificato in epoca posteriore o con minore gravità.

Quando rimane incerta la causa dell'evento dannoso (causa ignota) ovvero quando non è possibile stabilire se il peggioramento della salute sia dipeso dalla patologia preesistente del paziente o dalla colpa del medico, il rischio della causa ignota ricade sul soggetto gravato dal relativo onere probatorio: nell'azione contrattuale ex art. 1218 c.c., la causa ignota dell'inadempimento o dell'inesatto adempimento si risolve in danno della struttura sanitaria convenuta.

Inoltre, nelle ipotesi di concorrenza tra la patologia preesistente del paziente e l'errore medico, trova applicazione la regola della causalità concorsuale ex art. 41 c.p.: l'errore del sanitario non è idoneo ad escludere il nesso di causa, salvo che la condizione patologica autonoma presenti un carattere del tutto eccezionale ed imprevedibile idoneo ad interrompere la sequenza causale originaria.

03. Il consenso informato ed il danno da lesione dell'autodeterminazione del paziente

3.1 — La natura autonoma della violazione dell'obbligo informativo rispetto al danno alla salute

Un capitolo centrale ed in continua evoluzione della responsabilità sanitaria riguarda l'obbligo del medico di acquisire un valido e consapevole **consenso informato** prima di sottoporre il paziente a qualsiasi trattamento sanitario di diagnosi o di cura. Tale principio trova oggi compiuta codificazione nella [Legge 22 dicembre 2017, n. 219](#), la quale afferma che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

Dal punto di vista dogmatico, la giurisprudenza della Cassazione ha chiarito che il diritto alla salute (art. 32 Cost.) ed il diritto all'autodeterminazione nella scelta dei trattamenti sanitari (artt. 2, 13 e 32 Cost.) costituiscono **due diritti distinti ed autonomi** della persona umana⁴.

La violazione dell'obbligo di informare adeguatamente il paziente sui rischi, sui benefici, sulle complicanze e sulle possibili alternative terapeutiche costituisce di per sé un inadempimento contrattuale (e un illecito civile) idoneo a fondare un'autonoma pretesa risarcitoria, indipendentemente dal fatto che l'intervento chirurgico o la terapia siano stati eseguiti a regola d'arte dal punto di vista tecnico-esecutivo.

L'informazione resa dal sanitario non può ridursi ad una mera prassi burocratica o alla firma di moduli prestampati generici e incomprensibili: essa deve essere personalizzata, chiara, esaustiva ed adeguata al livello culturale del paziente, in modo da consentirgli di comprendere appieno le reali probabilità di successo dell'intervento, le possibili complicanze invalidanti ed i tempi di recupero post-operatori.

3.2 — Le tipologie di danno risarcibile per difetto di consenso informato nella giurisprudenza di legittimità

Per perimetrare la risarcibilità dei danni derivanti dall'omessa o incompleta informazione al paziente, la Terza Sezione Civile della Corte di Cassazione, con l'ordinanza n. 28986 dell'11 novembre 2019, ha ricondotto la casistica a cinque fondamentali scenari operativi⁴:

1. **Omessa informazione ed intervento erroneamente eseguito con esito peggiorativo:** Qualora il medico ometta l'informazione ed l'intervento provochi un danno alla salute a causa di un errore esecutivo, l'omessa informazione integra una concorrente causa di danno, ed il risarcimento copre l'integrale danno alla salute oltre al danno morale ed alla lesione dell'autodeterminazione.
2. **Omessa informazione ed intervento correttamente eseguito con esito infausto o peggiorativo non evitabile:** Se l'intervento è stato eseguito a regola d'arte ma ha provocato una complicanza non evitabile e si dimostri che il paziente, se debitamente informato, avrebbe *rifiutato l'intervento*, è risarcibile l'intero danno alla salute da lesione dell'autodeterminazione.
3. **Omessa informazione ed intervento correttamente eseguito con esito peggiorativo che il paziente avrebbe comunque accettato:** Se si dimostra che il paziente avrebbe comunque prestato il consenso anche se informato del rischio della complicanza, non sussiste alcun danno alla salute risarcibile; è tuttavia risarcibile il danno da lesione dell'autodeterminazione se la mancata informazione gli ha impedito di prepararsi psicologicamente o di affrontare consapevolmente le conseguenze dell'intervento.
4. **Omessa informazione ed intervento con esito esitoso/migliorativo ma con sofferenza da imprevisto:** Se l'intervento ha avuto un esito fausto ma il paziente ha subito sofferenze morali inattese per non essere stato informato delle complicanze temporanee, è dovuto il solo risarcimento del danno morale da lesione dell'autodeterminazione di entità equitativamente contenuta.
5. **Danno da mancata informazione su trattamenti alternativi:** Se l'omessa informazione riguarda l'esistenza di strutture più specializzate o di terapie meno invasive che avrebbero garantito risultati migliori o ridotto i rischi, è risarcibile la perdita di chance o il maggior danno alla salute subito dal paziente.

La prova che il paziente avrebbe rifiutato l'intervento ove correttamente informato può essere fornita con ogni mezzo di prova, ivi comprese le presunzioni semplici ex art. 2729 c.c., valorizzando la gravità delle complicanze, il livello di rischio dell'operazione, la condizione personale del soggetto ed il carattere salvavita o meramente estetico del trattamento.

04. La liquidazione del danno alla persona: le Tabelle di Milano 2026 ed il punto variabile

4.1 — Il valore di parametro di riferimento nazionale delle Tabelle di Milano

Nell'ordinamento italiano, la liquidazione del danno non patrimoniale permanente da lesione della salute (danno biologico) è affidata alla valutazione equitativa del giudice ai sensi dell'art. 1226 c.c. Tuttavia, per evitare l'arbitrio giudiziale ed una inammissibile disomogeneità sul territorio nazionale — per cui la perdita di una gamba veniva risarcita in misura doppia o tripla a seconda del Tribunale adito —, la giurisprudenza della Corte di Cassazione ha elevato le ****Tabelle del Tribunale di Milano a parametro di riferimento nazionale**** per la liquidazione equitativa del danno biologico e non patrimoniale⁵.

Con le pronunce n. 12408/2011 e n. 27520/2017, la Suprema Corte ha stabilito che l'omessa adozione da parte del giudice di merito delle Tabelle di Milano (in assenza di una specifica motivazione sulla sussistenza di ragioni locali o di parametri equivalenti) integra una violazione dell'art. 1226 c.c., sindacabile in sede di legittimità per vizio di motivazione o violazione di legge.

Le Tabelle di Milano adottano la tecnica del ****punto variabile****, per cui il valore monetario del singolo punto d'invalidità cresce al crescere della percentuale d'invalidità accertata (da 1 a 100 punti) e decresce progressivamente con l'aumentare dell'età della vittima al momento del fatto (in virtù della minore speranza di vita residua del danneggiato). Il sistema assicura un risarcimento proporzionato alla gravità della lesione ed alla durata prevedibile della patologia.

Le Tabelle di Milano costituiscono il parametro di riferimento equitativo nazionale: la liquidazione del danno biologico ed il ristoro morale esigono una quantificazione uniforme su tutto il territorio.

4.2 — La personalizzazione del danno, l'aumento percentuale e l'evitamento delle duplicazioni risarcitorie

Le Tabelle di Milano (nella versione aggiornata al 2026, che recepisce gli indici di rivalutazione ISTAT e le indicazioni della giurisprudenza di legittimità) propongono due valori distinti per ciascun punto d'invalidità: una quota destinata al ristoro del danno biologico e delle sofferenze dinamico-relazionali ordinarie ed una quota distinta indicata a titolo di incremento per il danno morale soggettivo.

Tuttavia, il valore ottenuto dall'applicazione rigida della tabella rappresenta unicamente il valore medio ordinario. L'art. 138 e l'art. 139 del Codice delle Assicurazioni Private (D.Lgs. 209/2005), richiamati dalla Legge Gelli-Bianco per la liquidazione dei danni da responsabilità sanitaria, riconoscono al giudice il potere di procedere ad una **personalizzazione del danno** mediante un aumento percentuale del valore tabellare ordinario (fino al 30% per le micropermanenti sotto il 9% e fino al 50% per le macropermanenti superiori al 10%)⁵.

La personalizzazione non può essere riconosciuta in modo automatico o con formule di stile: il danneggiato ha l'onere di allegare e provare l'esistenza di circostanze eccezionali e peculiari che abbiano reso la lesione dell'integrità psicofisica straordinariamente più gravosa sul piano personale, professionale, amatoriale o relazionale rispetto all'impatto ordinario provato dalla generalità dei soggetti affetti dalla medesima invalidità.

Nella tabella comparativa che segue vengono sintetizzati i profili differenziali tra le tre componenti tradizionali del risarcimento non patrimoniale secondo il sistema delle Tabelle di Milano 2026.

COMPONENTE DEL DANNO	DEFINIZIONE GIURIDICA E CONTENUTO	CRITERI DI PROVA E CRITERI TABELLARI MILANO 2026
Danno Biologico in senso stretto	Lesione anatomico-funzionale dell'integrità psicofisica accertabile in sede medico-legale.	Accertamento con CTU medico-legale; punti di invalidità percentuale e punto variabile per età.
Componente Dinamico-Relazionale	Compromissione delle attività quotidiane, dello sport e della vita di relazione ordinaria.	Inclusa nel valore monetario base del punto biologico; personalizzabile con aumento fino al 50%.
Danno Morale Soggettivo	Patema d'animo, sofferenza interiore, angoscia, vergogna e dolore psicologico puro.	Prova presuntiva e per testi; liquidato con incremento percentuale autonomo o tabella integrata.
Danno da Autodeterminazione	Violazione del diritto al consenso informato, distinta ed autonoma dal danno alla salute.	Allegazione della mancanza di informativa; liquidazione equitativa in via autonoma ex art. 1226 c.c.

05. Il riparto dell'onere della prova e le dinamiche del contenzioso medico-legale

5.1 — L'onere della prova in capo alla struttura sanitaria e l'allegazione del nesso causale

La qualificazione della responsabilità della struttura sanitaria quale responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. determina l'applicazione del fondamentale principio espresso dalle Sezioni Unite con la sentenza n. 13533 del 30 ottobre 2001 in tema di riparto dell'onere probatorio nelle obbligazioni di risultato e di mezzi⁶.

Il paziente che agisce in giudizio per il risarcimento dei danni da responsabilità sanitaria ha l'onere di allegare e dimostrare:

- L'esistenza del contratto di ospedalizzazione o del contatto sociale qualificato con la struttura sanitaria;

- L'insorgenza della lesione della salute o il peggioramento della patologia preesistente (l'evento dannoso);
- Il nesso di causalità materiale tra la prestazione sanitaria o il ricovero e l'evento lesivo, dimostrando che l'intervento medico era astrattamente idoneo a provocare la lesione lamentata.

Sulla struttura sanitaria incombe invece l'onere di provvedere alla dimostrazione dell'esatto adempimento della prestazione professionale (ossia di aver operato con la diligenza qualificata ex art. 1176, comma 2, c.c. in conformità alle linee guida) oppure di dimostrare che l'inadempimento o l'esito infausto è stato determinato da causa a sé non imputabile ex art. 1218 c.c. (evento fortuito, complicazione imprevedibile ed inevitabile o patologia ingravesciente priva di rimedio).

In caso di perdita di chance (ad esempio quando l'errore diagnostico o terapeutico non ha causato con certezza la morte del paziente, ma gli ha sottratto la probabilità del 30% o 40% di sopravvivenza o di guarigione), il danno risarcibile non coincide con l'intero danno evento (morte o invalidità), bensì con la perdita della possibilità di conseguire un risultato utile. La quantificazione della perdita di chance avviene in via equitativa commisurando il risarcimento alla percentuale di probabilità perduta.

5.2 — La consulenza tecnica d'ufficio medico-legale e le linee guida dell'ISS

Nel processo civile di responsabilità sanitaria, l'accertamento dei fatti complessi e della colpa professionale è affidato in modo determinante alla **Consulenza Tecnica d'Ufficio (CTU) medico-legale**. L'art. 15 della Legge Gelli-Bianco richiede che il collegio peritale nominato dal giudice sia composto da un medico legale e da uno o più specialisti nella disciplina oggetto del contenzioso, dotati di specifica e comprovata competenza nella materia.

Ai sensi dell'art. 5 della L. 24/2017, gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono alle ****linee guida**** pubblicate nel Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG) istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), o, in mancanza di esse, alle buone pratiche clinico-assistenziali.

La conformità della condotta medica alle linee guida non esonera automaticamente il medico dalla responsabilità civile, ma costituisce un elemento di primaria valutazione per l'accertamento della gradazione della colpa e dell'adeguatezza della scelta terapeutica compiuta nel caso concreto. Il CTU

è tenuto a motivare puntualmente qualora ritenga che il medico dovesse discostarsi dalle linee guida generali in ragione delle specifiche condizioni patologiche del paziente.

Inoltre, ai sensi dell'art. 8 della Legge Gelli-Bianco, chi intende esercitare un'azione risarcitoria per responsabilità sanitaria ha l'obbligo di promuovere preventivamente il tentativo di conciliazione mediante ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art. 696-bis c.p.c. ovvero mediante il procedimento di mediazione ex D.Lgs. 28/2010. Tale condizione di procedibilità favorisce la risoluzione stragiudiziale della lite sulla base delle risultanze della perizia medico-legale svolta in sede preventiva.

06. Conclusioni e prospettive sistematiche

L'architettura della responsabilità sanitaria e della liquidazione del danno alla persona nel diritto civile italiano ha raggiunto un elevato grado di sofisticazione concettuale e di equilibrio operativo.

La distinzione tra responsabilità contrattuale ed extracontrattuale, l'adozione nazionale delle Tabelle di Milano 2026 ed il riconoscimento dell'autonomia del danno da consenso informato garantiscono al danneggiato una tutela piena e tempestiva, salvaguardando al tempo stesso la sostenibilità del sistema sanitario e la certezza delle regole d'imputazione del danno.

Il costante dialogo tra la giurisprudenza della Suprema Corte, le società medico-scientifiche e la scienza medico-legale rappresenta il presidio fondamentale affinché l'evoluzione delle tecniche risarcitorie risponda sempre ai principi costituzionali di solidarietà sociale, tutela della salute ed inviolabilità dei diritti fondamentali della persona umana.

Fonti Utilizzate

Normativa di riferimento

[Legge 8 marzo 2017, n. 24 — Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita \(Legge Gelli-Bianco\)](#)

[Legge 22 dicembre 2017, n. 219 — Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento](#)

Codice Civile — Artt. 1176, 1218, 1223, 1226, 2043, 2059 e 2697

Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209 — Codice delle Assicurazioni Private, Artt. 138 e 139

Giurisprudenza citata

1. Corte Costituzionale, sentenza 11 luglio 2003, n. 233. Interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c. e risarcibilità del danno alla salute.
2. Cassazione civile, Sez. Unite, sentenze 11 novembre 2008, nn. 26972, 26973, 26974 e 26975 (Sentenze di San Martino). Unicità del danno non patrimoniale ex art. 2059 c.c.
3. Cassazione civile, Sez. III, sentenza 11 novembre 2019, n. 28989. Decalogo sulla responsabilità sanitaria, perimetrazione del danno biologico e del danno morale soggettivo.
4. Cassazione civile, Sez. III, ordinanza 11 novembre 2019, n. 28986. Consenso informato, diritto all'autodeterminazione e tipologie di danno risarcibile.
5. Cassazione civile, Sez. III, ordinanza 20 aprile 2023, n. 10596. Valore di parametro di riferimento nazionale delle Tabelle del Tribunale di Milano ed incremento percentuale per personalizzazione.
6. Cassazione civile, Sez. III, ordinanza 14 maggio 2026, n. 12547. Riparto dell'onere probatorio nella responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. della struttura sanitaria.



A cura di:

Federico Palumbo

Fondatore e Direttore Scientifico di Metodo Giuridico — Esperto in Diritto delle Obbligazioni e Responsabilità Civile

Federico Palumbo cura i saggi di inquadramento dogmatico ed analisi d'impatto in materia di responsabilità civile, danno alla persona e teoria generale delle obbligazioni.