STUDI LEGALI BALDI & FAVATI

Osservatorio sulla Responsabilità Sanitaria

DOSSIER DELL'OSSERVATORIO

Come le sentenze raccontano la sanità toscana

323 cause di responsabilità sanitaria decise dai tribunali toscani e dalle Corti d'Appello di Firenze e di Genova fra il 2 gennaio 2025 e il 4 agosto 2026

80,6 milioni di risarcimenti riconosciuti
tre cause su quattro vinte dal danneggiato
undici anni in media dall'evento alla decisione

UNA CAUSA, UN PUNTO



233 vinte dal paziente **88** respinte **2** ancora aperte

Lette tutte insieme, le sentenze diventano una mappa

Novembre 2026

I punti riempiono la sagoma secondo un reticolo regolare: la posizione non indica il luogo della causa.

Come le sentenze raccontano la sanità Toscana (da gennaio 2025 a agosto 2026)

Il contenzioso in materia di responsabilità sanitaria in Toscana attraverso i provvedimenti depositati dai giudici di merito tra **gennaio 2025 e agosto 2026** tratti dalla banca dati della giurisprudenza di merito del Ministero della Giustizia

Rapporto dettagliato Osservatorio Responsabilità Sanitaria in Toscana – Studi B&F

Novembre 2026

In breve

Sono stati letti **328** provvedimenti in materia di responsabilità sanitaria depositati dai Tribunali toscani, dal Tribunale di Massa e dalle Corti d'Appello di Firenze e di Genova tra il 2 gennaio 2025 e il 4 agosto 2026. Corrispondono a **323** cause distinte in quanto in tre casi sono presenti sia la sentenza di primo grado sia quella d'appello, in due casi una sentenza non definitiva e la definitiva. I dati sono elaborati su **321** sentenze in quanto una causa non è ancora decisa (è stata disposta una nuova consulenza) e una è stata decisa a favore del danneggiato, ma senza che la sentenza indichi l'importo complessivo del risarcimento. Questo è ciò che raccontano, prima di ogni valutazione.

- In **233 cause su 321** decise nel merito il danneggiato ottiene un risarcimento (73%); nelle restanti 88 la domanda è respinta.
- Il **capitale liquidato** complessivo è di circa **80,6 milioni di euro**. La cifra è molto concentrata: la metà delle cause vinte non supera i 74.000 euro, ma 22 cause superano il milione e le prime dieci valgono da sole il 35% del totale.
- **Le aziende sanitarie pubbliche** sono convenute in 205 cause su 323 e concentrano circa **71 milioni**. Il paziente vince contro il pubblico nel 71% dei casi, contro le strutture private nell'81%, contro il singolo professionista nell'83%; ma le cause contro il pubblico pesano molto di più (mediana, cioè valore centrale – v. capitolo 1: 161.000 euro contro 43.000 e 12.000).
- **Le aree cliniche più frequenti** sono ortopedia (41 cause), chirurgia generale (40), ostetricia e ginecologia (34), odontoiatria (31), infezioni correlate all'assistenza (29) e pronto soccorso (28). Quelle che costano di più sono ostetricia (circa 22 milioni con 17 cause vinte), pronto soccorso (9,7 milioni) e neurochirurgia (8,1 milioni).
- **Il medico come persona** compare in giudizio in 112 cause su 323. Ma solo nel 15% delle cause contro le aziende pubbliche, a fronte del 72% delle cause contro le strutture private.
- **La consulenza tecnica decide la causa**: quando il giudice fa propria una consulenza favorevole al danneggiato, il risarcimento arriva nel 97% dei casi; quando è sfavorevole, il rigetto arriva nel 93%.
- **Le cause che non si dovevano fare**: nelle cause contro l'azienda pubblica, 70 condanne (circa 35 milioni) presentano nel testo della sentenza un segnale che l'esito era prevedibile. Nella grande maggioranza è una consulenza tecnica preventiva già favorevole al paziente, dopo la quale l'azienda ha scelto di resistere in giudizio e ha perso nel 95% dei casi. Sul versante opposto, 57 cause sono state respinte dopo una consulenza sfavorevole al danneggiato.
- **Oltre le sentenze**: le richieste di risarcimento sono scese da 1.581 (anno 2010) a 910 (anno 2023); il 40% viene liquidato. Nel 2023 il 68,6% dei sinistri liquidati è stato chiuso con un accordo, una mediazione o una consulenza tecnica preventiva. Le sentenze costituiscono un terzo dei pagamenti per numero ma la maggior parte per importo.
- **Il costo del tempo:** la sentenza liquida il risarcimento, ma l'azienda paga di più perché si aggiungono interessi, rivalutazione e spese maturati negli anni del processo. Dove il pagamento è comprensivo delle suddette voci, l'azienda paga da **1,1 a 1,8 volte** il capitale liquidato in sentenza. I dati pubblicati dalle aziende sono però disomogenei e, in un caso, contengono ripetizioni: il sistema non misura sé stesso in modo completo.

– **I tempi**: dall'evento alla sentenza passano in media circa 11 anni. Le sentenze del 2025-2026 raccontano soprattutto la sanità del 2011-2018.

1. Perimetro e metodo

I provvedimenti

Il corpus comprende tutte le sentenze in materia di responsabilità sanitaria depositate tra il 2 gennaio 2025 e il 4 agosto 2026 presso i seguenti uffici giudiziari:

Ufficio	Provvedimenti	di cui 2026
Corte d'Appello di Firenze	103	49
Tribunale di Pisa	67	22
Tribunale di Firenze	50	15
Tribunale di Arezzo	24	3
Tribunale di Lucca	22	1
Tribunale di Siena	14	5
Tribunale di Massa	13	8
Tribunale di Livorno	12	5
Tribunale di Prato	8	1
Tribunale di Pistoia	6	1
Corte d'Appello di Genova (appelli da Massa)	5	0
Tribunale di Grosseto	4	3
Totale	328	113

Il numero ridotto di provvedimenti di Grosseto, Pistoia e Prato non indica un contenzioso scarso: le cause contro la USL Toscana Sud Est e la USL Toscana Centro sono decise per lo più presso il tribunale della sede legale (Arezzo: 21 cause su 31; Firenze: 14 su 20). Per la USL Toscana Nord Ovest, con sede legale a Pisa, il dato è diverso: 20 cause su 50 sono decise a Pisa, 30 nei tribunali di Lucca, Livorno e Massa. Per Arezzo e Lucca, invece, l'assenza di provvedimenti per molti mesi del 2026 fa ritenere che la raccolta sia incompleta.

Il contenzioso di Pisa e dell'Area Vasta Nord Ovest è analizzato in un rapporto separato; qui è compreso nei dati regionali.

Il metodo

Ogni provvedimento è stato analizzato e schedato con una griglia fissa di circa sessanta voci tra cui: parti, vicenda clinica, accertamenti tecnici, mediazione, trattative, decisione, importi, ragione decisiva. Ogni voce è accompagnata dalla citazione testuale del passo da cui è ricavata; quando il testo non dice nulla, la voce resta vuota e l'assenza del dato è dichiarata.

Ogni numero rinvia quindi a un passo di una sentenza, verificabile. Un primo controllo a campione ha mostrato un 7% di errori, concentrati sugli importi e sulla scelta della consulenza quando ve n'era più d'una. Tutti i 328 provvedimenti sono stati quindi riletti nei passaggi, con regole esplicite; un secondo

controllo a campione ha dato il 91% di dati corretti, il 2% di errori (corretti) e il 7% di casi dubbi, dovuti quasi sempre al silenzio delle sentenze.

Come leggere i numeri

Capitale liquidato: il risarcimento riconosciuto dal giudice, senza interessi e rivalutazione successivi e senza spese legali e di consulenza. Non è il costo sostenuto dalle aziende perché nelle sentenze ovviamente non sono quantificati interessi legali, rivalutazione monetaria, costi di difesa interni, spese di consulenza tecnica.

Mediana: il valore che sta a metà. Metà delle cause ha un importo inferiore, metà superiore. Si usa al posto della media perché pochi risarcimenti molto alti (22 cause oltre il milione) alzerebbero la media senza rappresentare la causa tipica: la mediana delle cause vinte è di circa 74.000 euro, la media di circa 346.000 euro.

Consulenza: la consulenza tecnica (consulenza tecnica preventiva, CTU di primo grado, CTU rinnovata o d'appello) che il giudice fa propria.

Dato e lettura: in ogni capitolo il dato prima è raccontato e poi elaborato; quando un passaggio è un'inferenza e non un dato delle sentenze, è indicato come tale.

2. Il quadro: chi fa causa, chi vince, quanto

Il racconto dei dati

Delle 323 cause, 217 sono decise dai tribunali e 106 dalle Corti d'Appello. Nelle 321 cause decise nel merito, il danneggiato ottiene un risarcimento in 233 casi (73%). Il dato è stabile fra i gradi: in appello la sentenza di primo grado è confermata in 37 casi, riformata in parte in 59 e riformata del tutto in 10.

Il danno che viene rivendicato in giudizio è rilevante. Nelle 321 cause il paziente è deceduto in 105 casi, in 185 ha riportato un danno permanente. L'intervento chirurgico è il contesto più frequente (134 cause), seguito dal ricovero (72), dall'ambulatorio (58), dal pronto soccorso (30) e dal parto (14).

Il capitale liquidato complessivo è di circa 80,6 milioni di euro. Ma la media inganna: un quarto delle cause vinte non supera i 24.000 euro, la metà i 74.000; il 10% supera i 950.000 euro. Le 22 cause oltre il milione riguardano tutte un decesso (9) o un'invalidità permanente pari o superiore al 65% (13); otto hanno ad oggetto danni da parto.

Fascia di capitale liquidato	Cause vinte
fino a 10.000 euro	27
10.000 – 50.000	65
50.000 – 100.000	38
100.000 – 500.000	56
500.000 – 1 milione	25
oltre 1 milione	22

Dall'evento alla sentenza passano in media circa 11 anni (mediana 10). Un grado di giudizio dura in media circa 3 anni dall'iscrizione a ruolo.

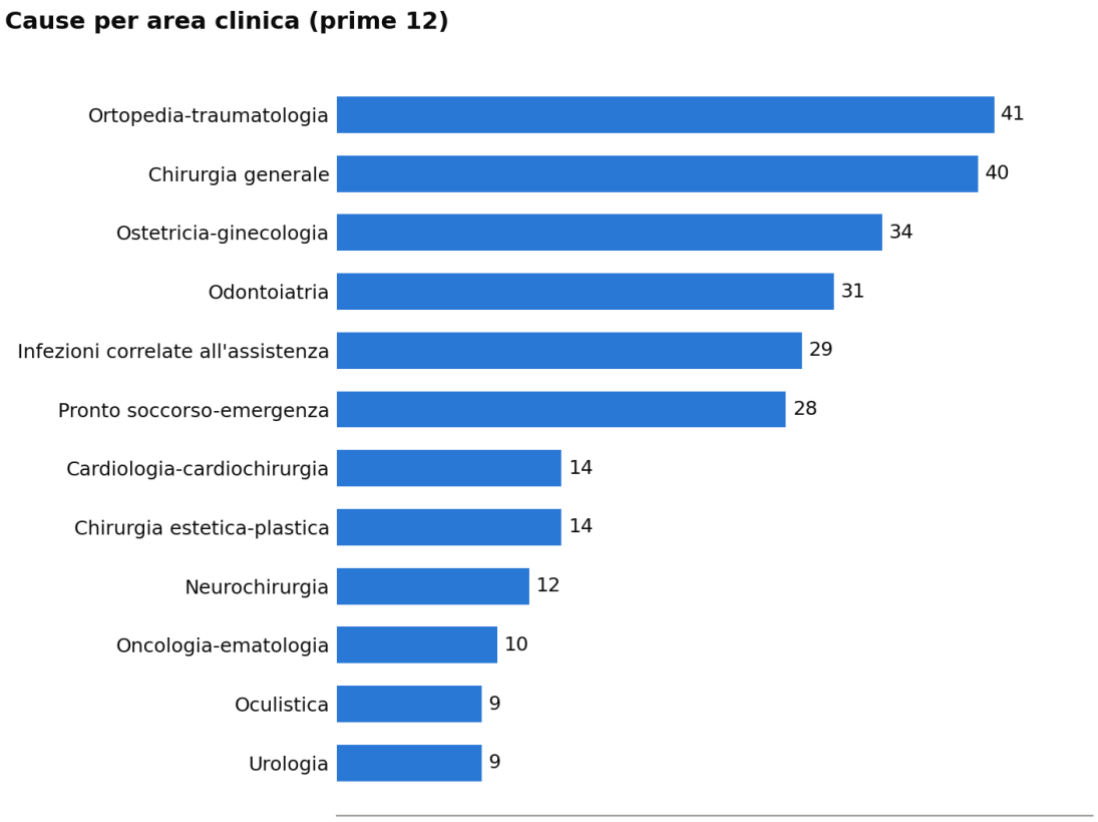
Che cosa emerge dai dati

Il dato più rilevante non è la frequenza delle condanne, ma la loro natura: si tratta di danni gravi, accertati a circa un decennio dai fatti. Le sentenze del 2025-2026 descrivono quindi la sanità del 2011-2018, e l'intervallo misura il tempo in cui la domanda di risarcimento resta senza risposta, per il danneggiato come per la struttura.

3. La ricostruzione clinica: dove nasce il contenzioso

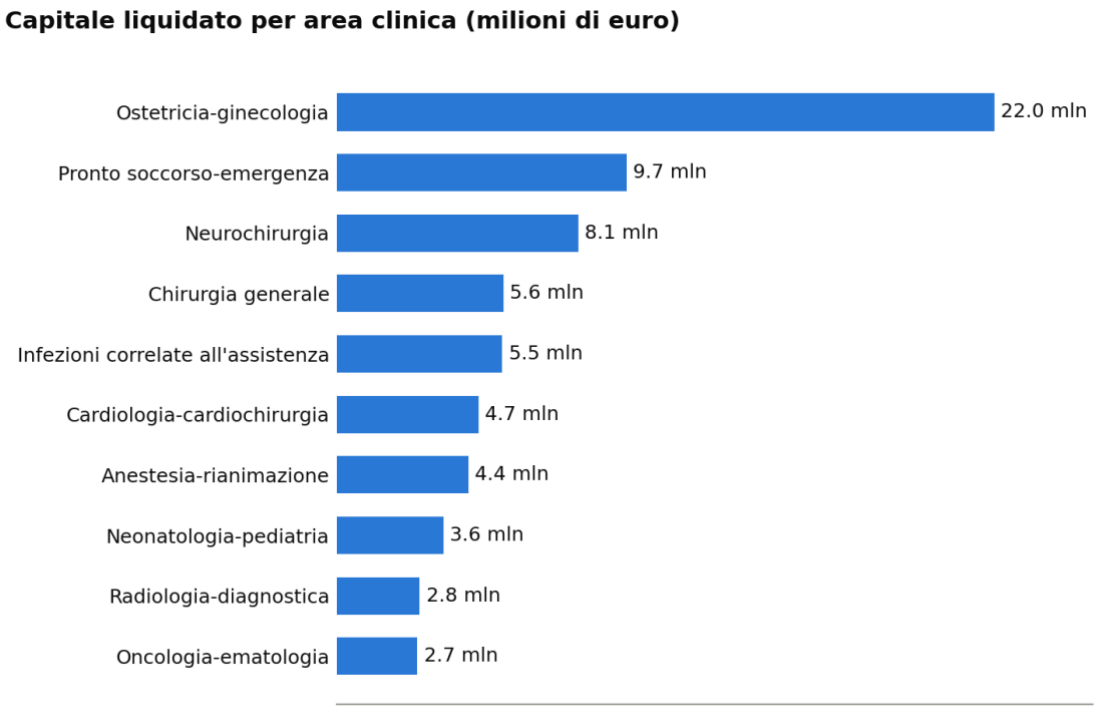
Il racconto dei dati

Ogni causa è stata ricondotta all'area clinica prevalente dell'addebito. Sei aree raccolgono quasi due terzi del contenzioso.



Fonte: 321 cause decise nel distretto toscano, gen. 2025 - ago. 2026. Elaborazione sui testi dei provvedimenti.

La frequenza non coincide con il peso economico. L'ortopedia è l'area con più cause (41), ma pesa circa 2,4 milioni; l'ostetricia ha 34 cause, di cui solo la metà vinte, ma quelle vinte valgono circa 22 milioni, oltre un quarto dell'intero capitale liquidato. Il pronto soccorso e la neurochirurgia seguono per valore.



Capitale liquidato: senza interessi, rivalutazione successiva e spese. Non coincide con il costo effettivo per le aziende.

Area clinica	Cause	Vinte	% vinte	Capitale (mln €)	di cui pubblico
Ortopedia-traumatologia	41	29	71%	2,4	22
Chirurgia generale	40	32	80%	5,6	38
Ostetricia-ginecologia	34	17	50%	22,0	26
Odontoiatria	31	25	81%	0,3	1
Infezioni correlate all'assistenza	29	22	76%	5,5	15
Pronto soccorso-emergenza	28	17	61%	9,7	27
Cardiologia-cardiochirurgia	14	11	79%	4,7	9
Chirurgia estetica-plastica	14	12	86%	0,5	0
Neurochirurgia	12	12	100%	8,1	8
Oncologia-ematologia	10	9	90%	2,7	9
Anestesia-rianimazione	6	5	83%	4,4	5

La geografia clinica cambia a seconda del soggetto convenuto nel giudizio. Odontoiatria (30 cause su 31) e chirurgia estetica (14 su 14) sono aree da cui nasce un contenzioso quasi esclusivamente privato. Pronto soccorso (27 su 28), chirurgia generale (38 su 40) e ostetricia (26 su 34) sono invece aree cliniche da cui deriva un contenzioso quasi esclusivamente con aziende pubbliche.

Nelle 233 cause vinte dal danneggiato, gli addebiti che il giudice ha ritenuto provati sono, nell'ordine: errore nell'esecuzione dell'intervento o della procedura; errore nella terapia; ritardo diagnostico (53 cause) ed errore diagnostico (44); carenze della documentazione medica (33); violazione del consenso informato (31); infezione correlata all'assistenza (28); difetti organizzativi e strutturali (27); omessa sorveglianza e cadute (13); errori nei farmaci (13). Una stessa causa può presentare più addebiti.

Due dati attraversano tutte le aree. Il primo riguarda la **cartella clinica**: il giudice rileva carenze documentali in 109 cause, e in queste il paziente vince nell'82% dei casi; dove il giudice esclude carenze, il paziente vince nel 40%. Il secondo riguarda il **consenso informato**: è contestato in 99 cause, ma è accolto come voce autonoma di danno soltanto in 21.

Che cosa emerge dai dati

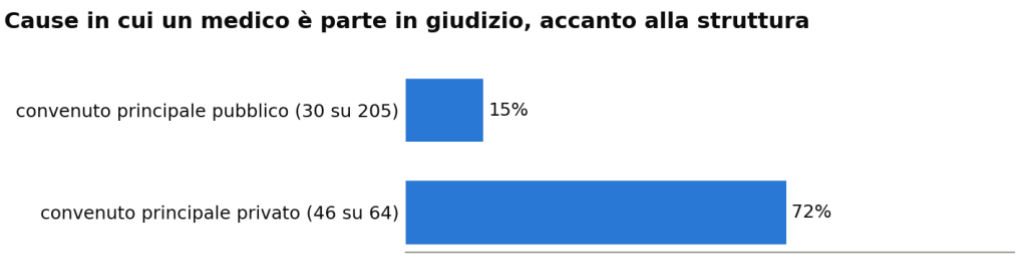
Per chi governa il rischio clinico la mappa è chiara. Il contenzioso più frequente nasce in sala operatoria e in ortopedia; quello più costoso riguarda danni da parto e di pronto soccorso, dove l'errore produce lesioni permanenti gravissime o la morte. Le infezioni correlate all'assistenza, con 29 cause, costituiscono un capitolo a sé, perché chiamano in causa l'organizzazione più che il singolo operatore.

La cartella clinica merita una parola in più. Una documentazione incompleta non è un difetto formale: nelle sentenze diventa la ragione per cui la struttura non riesce a dimostrare di aver fatto ciò che doveva. La corretta tenuta della documentazione sanitaria è, prima di tutto, una misura di sicurezza nella cura del paziente ma è anche la prima difesa dell'azienda.

4. Quando si fa causa al medico

Il racconto dei dati

Sono state prese in considerazione le cause in cui almeno un medico, come persona fisica, è parte del giudizio: convenuto dal danneggiato, chiamato in causa dalla struttura, appellante o appellato. Sono 112 su 323 (35%). Ma la distribuzione è molto diversa secondo la natura, privata o pubblica, dell'azienda sanitaria.



- **Contenzioso contro il pubblico**: il medico è parte solo in 30 cause su 205 (15%). In 9 di queste non è stato il danneggiato a citarlo, ma l'azienda a chiamarlo in causa. Delle 30 cause, 20 si chiudono con un risarcimento in favore del paziente; in 14 il medico è condannato insieme all'azienda (o da solo), in 6 paga soltanto l'azienda. Le altre 10 sono respinte.
- **Contenzioso contro le strutture private**: il medico è parte in 46 cause su 64 (72%), spesso insieme alla clinica e alla sua assicurazione; le condanne del medico sono circa otto su dieci.
- **Contenzioso contro il solo professionista**: 30 cause, in gran parte odontoiatriche e di chirurgia estetica; il paziente vince in 25.

La tabella riassume come si arriva a questi numeri. Ogni causa è attribuita a un solo gruppo, secondo chi è il convenuto principale; il medico è contato quando è parte del giudizio a qualunque titolo.

Convenuto principale	Cause	di cui con un medico in giudizio	%
Aziende ed enti pubblici	205	30	15%
Strutture private	64	46	72%

Convenuto principale	Cause	di cui con un medico in giudizio	%
Solo professionista	30	30	100%
Convenuto non classificabile	24	6	–
Totale	**323**	**112**	**35%**

Le cause sono 323 in tutto: 205 + 64 + 30 + 24. I gruppi descritti sopra sommano 299 cause; le altre 24 sono quelle in cui dal testo non si ricava chi sia il convenuto principale, o si tratta di altri enti (Ministero, CNR).

Il dato normativo (L. 8 marzo 2017, n. 24)

Art. 7, comma 1: la struttura sanitaria pubblica o privata che si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria «risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose».

Art. 7, comma 3: l'esercente la professione sanitaria «risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente».

Art. 9, comma 5: in caso di accoglimento della domanda contro la struttura pubblica, l'azione di responsabilità amministrativa per dolo o colpa grave nei confronti dell'esercente «è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti».

Che cosa emerge dai dati

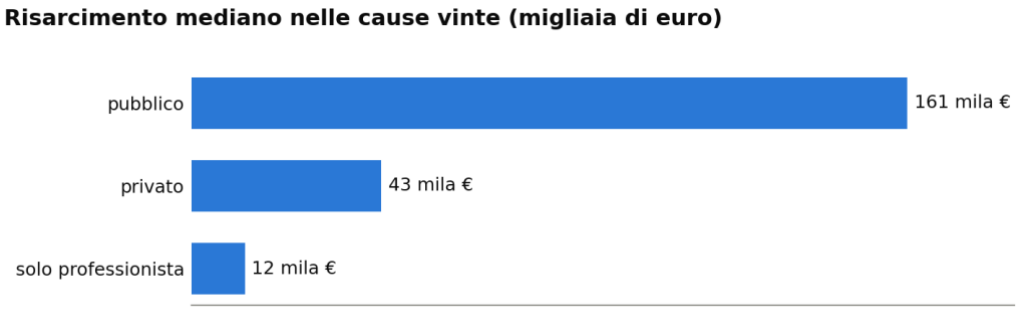
Il dato è coerente con l'impianto della legge. Il paziente che si rivolge a un'azienda pubblica chiama in giudizio l'azienda, che risponde contrattualmente dell'operato dei propri medici; la posizione del singolo medico dipendente si sposta sul piano della rivalsa e della responsabilità amministrativa.

Nel privato il quadro è opposto. Il medico è quasi sempre citato in causa perché spesso ha un rapporto diretto con il paziente o perché la clinica lo chiama a rispondere. Per il paziente, il contenzioso contro il pubblico è quindi un contenzioso contro l'organizzazione; quello contro il privato è, più spesso, un contenzioso anche contro la persona.

5. Pubblico e privato a confronto

Il racconto dei dati





Convenuto principale	Cause	% vinte	Capitale (mln €)	Mediana cause vinte (€)	Causa evitabile	Causa infondata
Aziende ed enti pubblici	203	71%	71,0	161.495	70	42
Strutture private	64	81%	5,7	42.820	30	7
Solo professionisti	30	83%	0,9	12.007	13	3
Convenuto non classificabile	24	46%	3,0	170.000	5	5
Totale	**321**	**73%**	**80,6**	**74.364**	**118**	**57**

I suddetti dati sono elaborati su 321 cause: ne sono escluse due, una non ancora decisa (è stata disposta una nuova consulenza) e una decisa a favore del danneggiato, ma senza che la sentenza indichi l'importo complessivo del risarcimento.

I dati rilevano che contro le aziende pubbliche la percentuale di accoglimento della domanda risarcitoria è minore rispetto a quella della domanda rivolta alle aziende private. D'altro lato si sottolinea che il danno risarcito è di un altro ordine di grandezza: la mediana dei risarcimenti dovuti dalle strutture pubbliche è quasi quattro volte quella dei risarcimenti dovuti dal privato. La ragione emerge dalla ricostruzione clinica: il pubblico sostiene il contenzioso del danno neonatale, del pronto soccorso e dell'alta specialità; il privato quello odontoiatrico, estetico e della chirurgia programmata e che di solito, in caso di malpratica sanitaria, produce danni minori.

6. Le cause che non si dovevano fare

Il racconto dei dati

La legge prevede che, prima della causa, il danneggiato abbia obbligo di proporre un ricorso per consulenza tecnica preventiva con finalità conciliativa (art. 696 bis c.p.c.), oppure in alternativa attivi il tentativo obbligatorio di mediazione (d.lgs 28/2010). Lo scopo di entrambi gli istituti e arrivare ad una conciliazione evitando così il giudizio. Nel caso dell'art. 696 bis sarà un collegio di consulenti nominati dal Giudice, dopo l'indagine tecnica sulla responsabilità, a tentare la conciliazione; nell'ipotesi di mediazione civile e commerciale, le parti, con l'ausilio di un mediatore professionista, potranno confrontarsi su quanto accaduto e verificare la possibilità di un accordo.

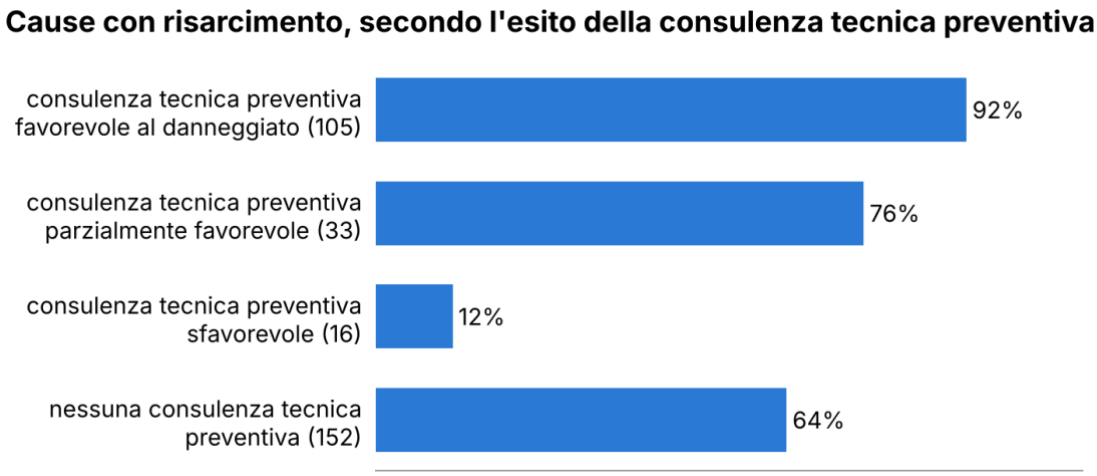
Il dato normativo L. 8 marzo 2017, n. 24

Art. 8, comma 1: chi intende agire «è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente».

Art. 8, comma 2: la presentazione del ricorso «costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento», ed è «fatta salva la possibilità di esperire in alternativa il procedimento di mediazione».

Art. 8, comma 4: la partecipazione alla consulenza tecnica preventiva «è obbligatoria per tutte le parti»; in caso di mancata partecipazione il giudice condanna le parti assenti alle spese «indipendentemente dall'esito del giudizio, oltre che ad una pena pecuniaria».

Le sentenze consentono di vedere che cosa accade dopo la consulenza tecnica preventiva (art. 696 bis cpc).



Quando la consulenza tecnica preventiva è stata favorevole al danneggiato, la causa di merito si chiude con una sentenza che riconosce il risarcimento nel 92% dei casi; contro le aziende pubbliche nel 95% (55 cause su 58). Quando la consulenza tecnica preventiva è stata sfavorevole, il danneggiato ha avuto un esito a sé favorevole solo nel 12%.



La stessa regola vale per la consulenza tecnica resa nel corso del giudizio: se il giudice fa propria una consulenza favorevole, il risarcimento del danno è riconosciuto nel 97% dei casi; se è sfavorevole, il rigetto della richiesta risarcitoria è pronunciato nel 93%. Il giudice si discosta dalla consulenza in 41 cause.

Sono state quindi analizzate le sentenze di condanna in cui il testo della sentenza offre un segnale che l'esito del giudizio era prevedibile per la struttura: una consulenza tecnica preventiva favorevole al paziente; una proposta conciliativa del giudice o dei consulenti, o una proposta di accordo stragiudiziale rifiutati dalla struttura, la mediazione disertata, la responsabilità non contestata sin dal primo grado.

Segnale di causa evitabile (cause contro il pubblico)	Condanne
consulenza tecnica preventiva favorevole al danneggiato	55
Proposta del giudice o dei CTU, o accordo, rifiutati dalla struttura	11
Mediazione disertata (accertata dal giudice)	6
Responsabilità non contestata dal primo grado	3
Condanne con almeno un segnale	70
Capitale liquidato in queste condanne	35,0 mln €

Una causa può presentare più segnali. Nel privato le condanne con almeno un segnale sono 30, per circa 4,2 milioni.

Analogamente gli stessi esiti sono rinvenibili quando la sentenza è sfavorevole al paziente. In 57 cause la domanda è stata respinta dopo una consulenza, preventiva o in giudizio, che non ha riconosciuto responsabilità medico-sanitaria: 42 cause nei confronti di aziende pubbliche, 7 nei confronti di aziende private, 3 nei confronti del solo professionista e 5 in cui il convenuto non è classificabile. In queste cause i danneggiati sono stati condannati a rimborsare spese legali per circa 380.000 euro. E in 17 cause è la struttura ad aver offerto una somma, rifiutata dal danneggiato, che ha poi ottenuto in giudizio un risarcimento; in alcune di queste il giudice ha liquidato meno di quanto era stato offerto.

Resta un dato che le sentenze non consentono di spiegare: in circa metà delle cause il testo non dà conto di una consulenza tecnica preventiva. Può essere stata esperita la mediazione, o la causa può essere iniziata prima dell'entrata in vigore della normativa sulle condizioni di procedibilità dell'azione; spesso la sentenza semplicemente non lo dice. La mediazione è menzionata in poche sentenze e l'assenza della struttura al tentativo di mediazione è accertata dal giudice solo in 9 cause; in altre 21 è soltanto affermata da una delle parti.

Che cosa emerge dai dati

Dopo una consulenza tecnica preventiva favorevole al danneggiato, la struttura dispone della valutazione di un collegio nominato dal giudice che accerta una responsabilità e quantifica un danno. Nei dati, resistere in giudizio conduce nel 95% dei casi alla stessa condanna, pronunciata anni dopo, con in più interessi, spese legali della controparte, spese di consulenza e costi della propria difesa.

Il fenomeno è simmetrico. Quando la consulenza è sfavorevole al danneggiato, la prosecuzione del giudizio si chiude nel 93% dei casi con il rigetto della domanda risarcitoria e la condanna alle spese. Le 70 condanne delle aziende pubbliche precedute da un segnale di prevedibilità e le 57 domande respinte dopo una consulenza sfavorevole al paziente o ai suoi congiunti sono due facce dello stesso dato: in entrambe le direzioni la consulenza tecnica anticipa la sentenza in oltre nove casi su dieci. Lo strumento con cui la legge intende evitare il processo funziona come previsione, ed è poco utilizzato come occasione di definizione.

7. Oltre le sentenze: quanto pagano le aziende e quanto si chiude per accordo

Le sentenze raccontano solo le controversie arrivate davanti a un giudice. Per capire quanto pesano nel sistema, vanno confrontate con altri dati pubblici che misurano parametri diversi.

Che dati sono e che cosa indicano

Le sentenze (capitoli precedenti): chi ha ragione e quanto vale il danno riconosciuto dal giudice (capitale), nel momento in cui decide. Indicano dove e perché si sbaglia.

I pagamenti pubblicati dalle aziende (art. 4, comma 3, L. 24/2017): il denaro effettivamente pagato in un anno, per accordi e per sentenze, spesso relativo a vicende di molti anni prima, comprensivo di interessi e, di norma, spese. Indicano il costo reale, non la frequenza degli errori.

Le relazioni del Centro Regionale Gestione Rischio Clinico: quante richieste di risarcimento arrivano, come si chiudono, quanto si paga in tutta la regione. L'ultimo anno con dati completi è il 2023.

Le deliberazioni della Corte dei Conti sui bilanci delle aziende: come il costo dei sinistri è coperto e accantonato.

Tali dati fotografano periodi diversi (anno della sentenza, anno del pagamento, anno della richiesta). Sono stati analizzati ordini di grandezza, non le singole vicende, salvo dove l'incrocio è stato fatto caso per caso.

Il racconto dei dati

Quante richieste arrivano e come finiscono

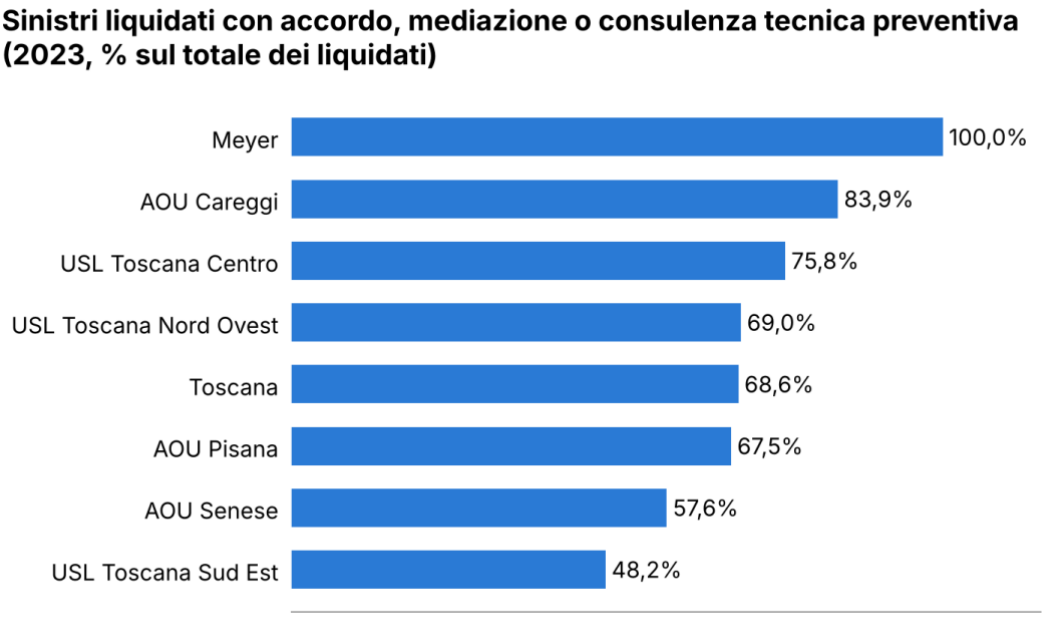
Le richieste di risarcimento presentate alle aziende toscane sono scese da 1.581 nel 2010 a 910 nel 2023. Delle 17.490 richieste gestite fra il 2010 e il 2023, il **40%** è stato liquidato, il **45%** respinto o lasciato senza seguito, il **14%** è ancora aperto.

Le 323 cause di questo rapporto sono quindi una piccola parte di un fenomeno molto più ampio, e la più conflittuale.

Richieste per azienda	2010	2023
USL Toscana Nord Ovest	491	250
USL Toscana Centro	352	213
USL Toscana Sud Est	266	161
AOU Careggi	189	107
AOU Pisana	175	85
AOU Senese	83	77
Meyer	13	9
Fondazione Monasterio	8	8
Totale Toscana	1.581	910

Fonte: Centro GRC, Relazione annuale 2023, Tabella 1 e Figura 22. La relazione 2024 dichiara incompleti i dati sui sinistri.

Quanto viene definito con un accordo



Fonte: Centro regionale Gestione Rischio Clinico, Relazione annuale 2023, indicatore C6.1.9.

Nel 2023 il **68,6%** dei sinistri liquidati in Toscana è stato definito con un accordo stragiudiziale, al termine di una mediazione o di una consulenza tecnica preventiva; il restante **31%** è stato pagato dopo una sentenza.

Fonte: Centro GRC, Relazione annuale 2023, indicatore C6.1.9 (valori letti sulle etichette del grafico).

Quanto si paga

Secondo il Centro Gestione del Rischio Clinico regionale, le aziende in gestione diretta hanno pagato risarcimenti per circa 55 milioni nel 2023, dopo un massimo di circa 68 milioni nel 2019 (valori letti dal grafico della relazione). Oltre tre quarti dei sinistri liquidati sono sotto i 50.000 euro e valgono il 13,5% della spesa; l'1,3% supera gli 800.000 euro e ne vale circa un quarto.

Pagamenti pubblicati (mln €)	2024	2025
USL Toscana Centro	14,9	14,5
USL Toscana Nord Ovest	12,6*	15,6
USL Toscana Sud Est	9,8	non pubbl.
AOU Senese	7,3	6,7
AOU Careggi	4,8	non pubbl.
AOU Pisana	2,8	13,7
Fondazione Monasterio	1,5	0,8
Meyer	0,3	2,2

Fonte: siti aziendali, dati ex art. 4, c. 3, L. 24/2017, riscontrati sui file il 26.9.2026. * Il file 2024 della USL Nord Ovest contiene righe ripetute fra trimestri (1,75 mln); nel 2023 il file del 2° trimestre è identico a quello del 1° (5,72 mln contati due volte). La USL Centro non qualifica la natura del danno. La Fondazione Monasterio è assicurata ed è fuori dal sistema di gestione sinistri della Toscana: i dati sono forniti dalla compagnia.

Le sentenze nel quadro dei pagamenti

Le condanne contro le aziende pubbliche raccolte in questo rapporto valgono 71,0 milioni di capitale in circa diciannove mesi, circa 45 milioni l'anno, senza interessi e spese. È un ordine di grandezza vicino a quello dell'intera spesa annua per risarcimenti, benché le sentenze siano solo un terzo dei pagamenti per numero. L'unica azienda che pubblica i due canali (definizione stragiudiziale-definizione giudiziale) separatamente per tutto il periodo è l'AOU Pisana.

Quanto vale un accordo e quanto una sentenza	Pratiche	Importo (mln €)	Mediana (€)
AOU Pisana 2025 – accordi	31	3,21	31.081
AOU Pisana 2025 – dopo sentenza	28	10,46	98.319
AOU Careggi 2024 – accordi	57	2,67	—
AOU Careggi 2024 – dopo contenzioso	15	2,12	—

Per Careggi la media è di 46.848 € per accordo e 141.260 € dopo contenzioso. Il confronto non misura il risparmio possibile: arrivano a sentenza i casi più gravi o più contestati.

Il costo del tempo

L'elenco dei pagamenti 2025 dell'AOU Pisana indica gli estremi delle sentenze, e otto di esse compaiono anche in questo rapporto. Quando il pagamento è completo, l'azienda ha pagato da **1,1 a 1,8 volte** il capitale liquidato dal giudice: la differenza è costituita da interessi, rivalutazione monetaria e spese maturati negli anni del processo. Applicato a titolo indicativo ai 35 milioni di capitale delle 70 condanne pubbliche precedute da un segnale di prevedibilità (capitolo 6), lo stesso rapporto porterebbe il costo effettivo fra circa 40 e 62 milioni.

Che cosa dicono i bilanci delle aziende sanitarie

La Corte dei Conti, Sezione Regionale di Controllo per la Toscana, ha esaminato la gestione diretta dei sinistri nei bilanci delle aziende. Per l'AOU Senese (delib. n. 95/2025/PRSS) il rischio stimato per i sinistri non ancora liquidati supera i 34 milioni, a fronte di un fondo regionale di 16,3 milioni per l'intero servizio sanitario, e l'attuale modalità di gestione è giudicata «incompatibile con i principi contabili». Per l'AOU Pisana (delib. n. 32/2024/PRSS) la prassi contabile «imposta dalla Regione» «non trova legittimazione in alcuna regola contabile». Nel 2026 la Sezione ha preso atto della riforma avviata dalla Regione verso un sistema che affianca polizze alla gestione diretta, in attuazione del D.M. 15 dicembre 2023, n. 232 (delib. n. 97/2026/PRSS); la delibera regionale di luglio 2026 non è stata reperita.

Che cosa emerge dai dati

Le sentenze sono poche, ma sono la parte più costosa. Circa un sinistro liquidato su tre arriva all'attenzione del giudice, ma vale la maggior parte della spesa, e con gli accessori costa fino all'80% in più del capitale riconosciuto. Le cause che non si dovevano fare (capitolo 6) hanno quindi un prezzo che va oltre la condanna, e che ricade sul bilancio pubblico.

Le aziende chiudono per accordo in misura molto diversa, dal 48% al 100% dei sinistri liquidati. I dati non consentono di dire quanto la differenza dipenda dalla casistica e quanto dalla gestione; segnalano però dove guardare.

Il sistema non misura sé stesso in modo completo. Solo due aziende su otto distinguono i pagamenti per accordo da quelli dopo sentenza; nessuna pubblica il numero delle richieste ricevute, le riserve sui sinistri aperti o le spese legali; un elenco contiene ripetizioni che alterano i totali; i dati

regionali si fermano al 2023. Il buon governo del contenzioso presuppone dati affidabili e confrontabili, e oggi non ci sono o almeno non sono pubblicati.

8. Indicazioni che emergono dai dati

Occorre distinguere ciò che la legge già prevede dalle indicazioni che i dati suggeriscono.

Ciò che la L. 8 marzo 2017, n. 24 già prevede

Art. 2, comma 4: in ogni regione il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente «raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso».

Art. 4, comma 3: le strutture pubbliche e private pubblicano nel proprio sito «i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio».

Art. 10, comma 1: le strutture devono essere provviste «di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi».

1. **Leggere le sentenze come dati.** Le aziende sanitarie e il Centro Regionale dovrebbero raccogliere sistematicamente le decisioni che le riguardano, con le stesse variabili di questo rapporto: area clinica, addebito accertato, esito della consulenza, importo, tempi. È il modo più efficace per sapere dove si sbaglia.
2. **Dopo una consulenza tecnica preventiva favorevole, una decisione motivata.** Quando la consulenza preventiva accerta la responsabilità, la scelta di non transigere dovrebbe essere motivata per iscritto, verificata e condivisa, perché nel 95% dei casi porta alla condanna dell'azienda sanitaria.
3. **Partecipare davvero alla fase preventiva**, formulando un'offerta o spiegando perché non la si formula non in modo generico ma puntuale. La legge lo chiede espressamente alle imprese di assicurazione (art. 8, comma 4); sarebbe buona amministrazione estendere la stessa trasparenza alla gestione diretta.
4. **Documentazione clinica.** Le carenze della cartella accompagnano l'82% delle condanne in cui sono rilevate: la cartella completa è una misura di sicurezza e di difesa.
5. **Priorità clinica.** Parto, pronto soccorso, neurochirurgia e infezioni correlate all'assistenza concentrano i danni più gravi: sono i primi terreni per audit e percorsi di miglioramento.
6. **Trasparenza completa.** Pubblicare i risarcimenti è obbligatorio; renderli leggibili per area clinica e per esito sarebbe utile ai cittadini e alle stesse aziende.
7. **La consulenza come punto di decisione, per entrambe le parti.** L'esito della consulenza anticipa quello della sentenza in oltre nove casi su dieci, in un senso e nell'altro: è il momento in cui struttura e danneggiato dispongono degli elementi per decidere se proseguire, transigere o rinunciare.
8. **Dati uniformi sui pagamenti.** Un formato regionale unico per i dati dell'art. 4 L.24/2017: accordi e sentenze separati, anno dell'evento, area clinica, capitale distinto da interessi e spese, numero delle richieste ricevute e riserve sui sinistri aperti. È la condizione per valutare la gestione del rischio di causa.

9. **Pubblicare ogni anno gli indicatori regionali per azienda**, a partire dalla quota di sinistri chiusi per accordo e dai tempi di liquidazione, e completare le relazioni sui sinistri ferme al 2023.
10. **Accantonamenti congrui.** Come richiesto dalla Corte dei Conti, il costo stimato dei sinistri aperti deve trovare copertura nei bilanci, anche nel nuovo sistema misto.