



Rivalsa e regresso della struttura sanitaria: lâ??interpretazione dellâ??art. 9 della Legge Gelli

Descrizione

La casa di cura criticava la decisione della Corte territoriale di respingere la domanda di regresso, ritenendo applicabile lâ??art. 9 della L. n. 24/2017 e affermando che lâ??azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti del sanitario Ã? ammessa esclusivamente in presenza di dolo o colpa grave del sanitario, nella specie esclusa, avrebbe circoscritto il proprio scrutinio al solo profilo contrattuale della domanda e, in particolare, alla clausola di manleva di cui allâ??art. 7 del contratto intercorso tra la struttura e il sanitario, nonchÃ© al filtro applicativo dellâ??art. 9 della L. n. 24/2017, senza affrontare lâ??ulteriore e distinto fondamento giuridico della pretesa azionata dalla ricorrente, costituito dal regresso civilistico nei rapporti interni tra condebitori solidali. La domanda di regresso, infatti, non era stata prospettata esclusivamente in forza del titolo negoziale, ma era stata espressamente fondata anche sulle norme del codice civile che regolano i rapporti interni tra obbligati solidali, in particolare sugli artt. 2055, 1298e 1299 c.c., con lâ??assunto â?? piÃ¹ volte ribadito negli atti difensivi â?? che la responsabilitÃ? solidale opera nei confronti del danneggiato-creditore, mentre il rapporto interno tra i condebitori costituisce un piano distinto, disciplinato dalle rispettive responsabilitÃ?, e che il pagamento integrale del debito risarcitorio da parte di uno dei condebitori rende azionabile il diritto di regresso nei confronti dellâ??altro, secondo la quota di imputazione del danno. Tanto, secondo parte ricorrente, non solo era stato dedotto sin dal giudizio di primo grado, ma era stato reiterato nelle difese successive ed espressamente riproposto in appello, sicchÃ© la Corte territoriale sarebbe stata espressamente investita della questione ed era tenuta a pronunciarsi sulla stessa.

Del resto, il giudice di primo grado aveva dato atto in modo esplicito che la domanda di regresso proposta trovava fondamento sia sul piano negoziale sia su quello codicistico, riconoscendo dunque la rilevanza e lâ??autonomia del titolo civilistico del regresso; ciÃ² confermerebbe, secondo la prospettazione della casa di cura, da un lato, che la questione era stata ritualmente introdotta nel processo e, dallâ??altro, che essa rivestiva carattere decisivo ai fini della definizione della controversia. La Corte territoriale, invece, aveva esaurito il proprio esame al solo profilo dellâ??applicabilitÃ? dellâ??art. 9 della L. n. 24/2017 e allâ??assenza della colpa grave, senza



prendere in considerazione l'ulteriore fondamento giuridico dell'azione di regresso e senza rendere alcuna statuizione al riguardo, cioè senza confrontarsi con la disciplina dei rapporti interni tra condebitori solidali e quindi senza verificare se, indipendentemente dal titolo contrattuale e dal filtro del dolo o della colpa grave, il diritto di regresso potesse trovare riconoscimento in forza delle norme civilistiche invocate.

La Corte di Cassazione (sentenza del 17 aprile 2026 n. n. 9949) ritiene infondato il motivo, affermando che: **“l'applicazione dell'art. 9 della L. n. 24/2017 come norma speciale di disciplina del rapporto interno implica, sul piano logico-giuridico, l'esclusione dell'operatività di criteri diversi di imputazione e di riparto della responsabilità, siano essi di fonte codicistica o negoziale (art. 7 del contratto libero-professionale) incompatibili con la soglia legale della ricorrenza del dolo o della colpa grave del sanitario introdotta dal legislatore. Ne consegue che la Corte territoriale, nel momento in cui ha ritenuto che l'azione di rivalsa della struttura fosse soggetta al limite del dolo o della colpa grave e ne ha escluso la sussistenza, ha implicitamente rigettato ogni diversa prospettazione che conducesse all'affermazione del diritto di regresso in assenza di tale presupposto. Del resto, il richiamo al fondamento codicistico del regresso tra condebitori solidali e alla disciplina negoziale invocata dalla struttura sanitaria risulta logicamente incompatibile con l'applicazione dell'art. 9 della L. n. 24/2017 come norma speciale, destinata a governare in via prioritaria e assorbente il rapporto interno tra struttura e sanitario nelle ipotesi di prestazione resa mediante organizzazione sanitaria.**

Non può che confermarsi dunque che applicando l'art. 9 della L. n. 24/2017 e ritenendolo norma regolatrice del rapporto interno, il giudice a quo abbia rigettato implicitamente, ma inequivocabilmente la tesi prospettata dalla ricorrente ed abbia quindi escluso la ricorrenza dei presupposti per il suo accoglimento. Ci si esclude la configurabilità di una omessa pronuncia, non essendo fatto obbligo al giudice di confutare singolarmente ed espressamente ogni allegazione, prospettazione ed argomentazione delle parti, una volta individuata la norma ritenuta decisiva per la soluzione della controversia (Cass. 8/10/2025, n. 27050; Cass. 17/09/2025, n. 25502; Cass. 30/07/2025, n. 21959; Cass. 28/07/2025, n. 21728).

Con il secondo motivo la ricorrente sosteneva che la conclusione del giudice d'appello muoverebbe da una premessa erronea, poiché la disciplina dell'art. 9 della L. n. 24/2017 è coerente con l'impianto del doppio binario delineato dall'art. 7, comma 3, della medesima legge, il quale prevede, come regola, la responsabilità dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'art. 2043 c.c., salvo l'ipotesi in cui egli abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente; ne discenderebbe che la limitazione del regresso prevista dall'art. 9 si giustifica, secondo la ricorrente, nei casi in cui il sanitario risponda secondo il paradigma extracontrattuale, mentre non vi sarebbe ragione di applicarla quando come nel caso di specie il sanitario abbia operato quale libero professionista in regime di solvenza, su incarico diretto del paziente e con pagamento del compenso direttamente al professionista, da instaurare un rapporto contrattuale medico-paziente. In tale differente cornice fattuale, che la ricorrente assume essere provata per tabulas mediante ricevuta/fattura del sanitario, la struttura e il medico rispondono entrambi in via contrattuale verso il paziente, con conseguente solidarietà dell'obbligazione risarcitoria, e, sul piano dei rapporti interni, troverebbero applicazione le regole codicistiche del regresso tra



condebitori solidali, che la ricorrente afferma di avere invocato sin dal primo grado del giudizio di merito; la Corte territoriale, applicando invece l'art. 9 della L. n. 24/2017, le avrebbe negato ogni possibilit  di ripetere dal condebitore quanto dovuto secondo la rispettiva quota di responsabilit , in contrasto con i principi che regolano la solidariet  e il regresso. La ricorrente insiste altres  sulla ratio della disciplina di cui all'art. 9 della L. n. 24/2017, deducendo che l'applicazione del limite di dolo/colpa grave al sanitario libero professionista che abbia assunto un'obbligazione contrattuale diretta con il paziente solvente non risponderebbe alla logica di tutela sottesa alla legge, poich  in tale assetto esistono due distinti rapporti contrattuali (paziente-chirurgo e paziente-struttura per le prestazioni di degenza e correlate) e il regresso della struttura verso il medico non ridurrebbe la tutela del danneggiato, che potrebbe comunque ottenere l'integrale ristoro anche dalla struttura in virt  della solidariet ; aggiunge che se fosse stato il sanitario a risarcire integralmente il paziente, egli avrebbe avuto diritto di regresso, sicch  negare specularmente il regresso della struttura verso il sanitario determinerebbe un esito irragionevole e una disparit  di trattamento.

Per la Corte di Cassazione anche tale motivo   infondato, in quanto: *le censure muovono da una premessa in iure non corretta, poich  assumono che l'applicazione dell'art. 9 della L. n. 24/2017 dipenda dal titolo della responsabilit  del sanitario verso il paziente, mentre la disposizione in esame disciplina il distinto piano del rapporto interno tra struttura sanitaria ed esercente la professione sanitaria, allorch  la prestazione dannosa sia stata resa mediante organizzazione, i mezzi e le apparecchiature della struttura. Ci  che rileva ai fini dell'applicabilit  dell'art. 9 della L. n. 24/2017 non   la qualificazione della responsabilit  del sanitario verso il paziente in termini contrattuali o aquiliani, bens  il fatto che il danno si sia prodotto nell'ambito di una prestazione sanitaria erogata attraverso organizzazione della struttura che abbia messo a disposizione sale operatorie, apparecchiature, personale e supporti logistico-assistenziali. In tali ipotesi, l'esercente la professione sanitaria, anche se libero professionista e anche se contrattualmente obbligato nei confronti del paziente, opera quale **ausiliario della struttura ai sensi dell'art. 1228 c.c.** (richiamato dall'art. 7, primo comma, L. n. 24/2017 quale fondamento e paradigma della responsabilit  della struttura), con la conseguenza che **quest'ultima   secondo la qui condivisa esegesi della norma codicistica fornita da Cass. 11/11/2019, n. 28987   risponde verso il danneggiato per fatto proprio e che il rapporto interno tra struttura e sanitario   regolato dalla disciplina della rivalsa siccome dettata dall'art. 9 della L. n. 24/2017.** Tanto   stato affermato, ad esempio, da Cass. 11/12/2023, n. 34516 che, in un caso in cui la casa di cura aveva affidato ad uno studio medico la fornitura di posti letto, sale operatorie e supporto assistenziale finalizzato alla gestione dei ricoveri, ha escluso che la pluralit  di contratti o l'autonomia professionale del sanitario possano incidere sull'assetto del rapporto interno, affermando che il medico resta ausiliario della struttura ogniqualvolta la prestazione sia resa mediante l'apparato organizzativo di quest'ultima, atteso che il principio di cui all'art. 9 della L. n. 24/2017   opera in ogni caso in cui la struttura operi per il tramite di un medico che per ci  stesso diviene suo ausiliario, a mente dell'art. 1228 cod. civ.   e resta fermo   quando l'azienda sanitaria abbia affidato la logistica, oltre ad alcuni distinti supporti assistenziali, ad altra struttura, perch  il medico, rispetto alla prestazione relativa al paziente, resta ausiliario della prima anche se questa si sia accordata, in accertata esternalizzazione, con*



altri enti, per i mezzi materiali?•

Ne discende che **l'ausiliarietà del sanitario non è esclusa né dalla pluralità dei rapporti contrattuali, né dall'esternalizzazione di segmenti dell'organizzazione, né dalla distinzione tra titolarità dei mezzi materiali e autonomia professionale del prestatore d'opera.** In modo ancora più specifico, questa Corte ha rilevato che, anche a fronte della dedotta autonomia tecnico-professionale del sanitario e dell'esistenza di coperture assicurative autonome, **il principio sopra ribadito non è spostato dalla richiamata autonomia tecnico-professionale di un prestatore d'opera, né dalla copertura assicurativa cui lo studio medico associato si era obbligato a garantire per i rischi della responsabilità propria e dei propri collaboratori.** Tali affermazioni, di portata generale, sono applicabili anche alla fattispecie in esame, nella quale la Corte territoriale ha accertato che la prestazione sanitaria era stata resa all'interno della struttura, con utilizzo delle sale operatorie, delle apparecchiature e dell'organizzazione della clinica, che aveva messo a disposizione l'apparato necessario all'erogazione della prestazione sanitaria resa dal Pa.Gi. Il sanitario, ancorché operante in **regime libero-professionale e ancorché legato al paziente da un rapporto contrattuale diretto, ha operato quale ausiliario della struttura ai sensi dell'art. 1228 c.c.**, con conseguente responsabilità solidale verso il danneggiato e con applicazione, sul piano dei rapporti interni, della disciplina della rivalsa di cui all'art. 9 della L. n. 24/2017.

Una conferma indiretta di quanto enunciato si trae anche da Cass. 27/03/2025, n. 8163, che ha riguardato una fattispecie in cui tra il sanitario e la casa di cura non era intercorso un contratto libero-professionale, ma un mero **rapporto di locazione**, un titolo cioè in forza del quale doveva negarsi che la casa di cura potesse rispondere dell'attività del medico. La Corte ha chiarito che tra la struttura e il sanitario deve intercorrere un rapporto di tipo professionale, ossia necessario che il medico collabori con la struttura, in forma autonoma o dipendente, alla prestazione, cioè **la struttura deve essere coinvolta nella prestazione sanitaria, occorre un titolo perché essa risponda del fatto del medico.** Nella fattispecie, era emerso che la casa di cura aveva concesso in locazione un suo locale, con strumentazione medica, ad una società di cui era socio il sanitario che aveva eseguito l'intervento, non aveva assunto alcuna obbligazione verso il paziente, non si era in alcun modo servita del sanitario per erogare la prestazione sanitaria né aveva in qualche modo condiviso con il medico l'interesse alla prestazione sanitaria, non essendo nel rapporto di locazione coinvolti interessi inerenti alla prestazione sanitaria. La pronuncia chiarisce che **l'affidamento della logistica ad un altro soggetto non esclude la responsabilità dell'affidante, purché il medico sia suo, ossia purché il medico che ha operato presso la società cui la logistica è stata affidata, sia uno che ha rapporti con l'affidante.**

Per concludere sul punto, correttamente, dunque, la Corte territoriale ha ritenuto applicabile **l'art. 9 della L. n. 24/2017**, nonostante la dedotta sussistenza di un rapporto contrattuale diretto tra sanitario e paziente, ed ha subordinato **l'azione di rivalsa al riscontro del dolo o della colpa grave**, escludendone la ricorrenza all'esito di un accertamento in fatto non sindacabile in sede di legittimità. **L'art. 9 della L. n. 24/2017 ha positivizzato, in chiave speciale, i limiti dell'azione di rivalsa della struttura nei confronti del sanitario, subordinandola al riscontro del dolo o della colpa grave di quest'ultimo.** Detta prescrizione normativa non ha la funzione di ridefinire il titolo della responsabilità del sanitario verso il paziente, ma persegue l'obiettivo, coerente con la ratio complessiva della L. n. 24/2017, di **bilanciare l'assunzione del rischio**



organizzativo da parte della struttura con una responsabilità del sanitario circoscritta alle ipotesi di maggiore gravità della colpa. Ne consegue che l'art. 9 della L. n. 24/2017 opera tutte le volte in cui il sanitario abbia contribuito causalmente al danno nell'ambito di una prestazione resa mediante organizzazione della struttura, indipendentemente dal fatto che egli risponda verso il paziente anche ex art. 1218 c.c.

Va sottolineato, allo scopo di confermare le conclusioni enunciate, che non assume rilievo contrario **l'art. 10 della L. n. 24/2017** che disciplina l'obbligo assicurativo in materia di responsabilità sanitaria e si articola su ^{più}1 livelli, distinti, ma coordinati. Il comma 1 impone alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, di dotarsi di una copertura assicurativa, o di altre analoghe misure, per la responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori ^{della}opera, anche per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso la struttura, comprese le prestazioni svolte in regime di libera professione intramuraria, in convenzione con il Servizio sanitario nazionale o mediante telemedicina. La disposizione precisa che le strutture devono assicurare anche la responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie, ai sensi dell'art. 7, comma 3, fermo restando quanto previsto dall'art. 9. Il comma 2 individua una diversa ipotesi, concernente l'esercente la professione sanitaria che svolga attività al di fuori delle strutture sanitarie oppure che presti la propria opera all'interno della struttura in regime libero-professionale o che si avvalga della stessa nell'adempimento di una propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'art. 7, comma 3. Per tali soggetti resta fermo l'obbligo di stipulare una copertura assicurativa personale secondo la normativa previgente, ponendo quindi a loro carico diretto l'onere assicurativo. Il comma 3, infine, stabilisce che, al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'art. 9 e all'art. 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private deve stipulare, con oneri a proprio carico, un'adeguata polizza assicurativa per la colpa grave. Ebbene, il comma 1 dell'art. 10 richiama esplicitamente l'art. 9 (fermo restando quanto previsto dall'articolo 9), chiarendo che **l'assetto assicurativo delle strutture si innesta su una disciplina della rivalsa già presupposta come operante.** Tale richiamo rende evidente che il legislatore considera l'azione di rivalsa come fisiologica nel sistema e non come evenienza eccezionale.

In secondo luogo, il comma 3 dell'art. 10 ^è decisivo sul **piano sistematico.** La previsione dell'obbligo, per ogni esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo nella struttura, di stipulare una polizza per la colpa grave ^{al} fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 ^{presuppone} che l'art. 9 trovi applicazione anche nei confronti di sanitari che operino in regime libero-professionale o nell'adempimento di una propria obbligazione contrattuale verso il paziente. Diversamente, l'obbligo assicurativo per la colpa grave risulterebbe privo di funzione normativa. Infine, il comma 2 dell'art. 10 non delimita l'ambito soggettivo di applicazione dell'art. 9, ma si limita a regolare la distribuzione dell'onere assicurativo tra struttura e sanitario. La scelta del legislatore di porre a carico diretto del sanitario l'obbligo assicurativo in talune ipotesi non implica l'esclusione della rivalsa, ma anzi ne conferma l'operatività. Ne deriva che l'art. 10, letto nel suo complesso, non costituisce un argomento contrario all'applicazione dell'art. 9 della L. n. 24/2017, ma un elemento di conferma della sua operatività quale disciplina del rapporto interno tra struttura ed esercente la professione sanitaria, allorché il danno sia stato cagionato nell'ambito di una prestazione resa



mediante lâ??organizzazione della struttura. Una diversa lettura condurrebbe allâ??esito irrazionale di sottrarre alla disciplina della rivalsa proprio le ipotesi in cui la struttura abbia integralmente messo a disposizione il proprio apparato organizzativo, in contrasto con la ratio della legge e con i principi affermati dalla giurisprudenza di legittimitÃ .â?•

Con il terzo motivo parte ricorrente rilevava che **lâ??art. 9 della L. n. 24/2017 non costituisce norma imperativa**, poichÃ© il legislatore ha attribuito carattere inderogabile esclusivamente alle disposizioni di cui allâ??art. 7 della medesima legge, come risulta dal comma 5 di tale articolo, che qualifica come norme imperative â??le disposizioni del presente articoloâ?•, senza estendere tale qualificazione alle ulteriori previsioni della legge. Su tale base, la ricorrente aveva dedotto che lâ??art. 9 fosse suscettibile di deroga da parte dellâ??autonomia contrattuale e che tale profilo dovesse essere esaminato in via preliminare rispetto alla verifica dellâ??operativitÃ del limite del dolo o della colpa grave. La Corte territoriale, tuttavia, pur avendo fondato la decisione sullâ??applicazione dellâ??art. 9 della L. n. 24/2017 e pur avendo fatto discendere da tale norma il rigetto della domanda di regresso in ragione dellâ??esclusione della colpa grave, avrebbe del tutto ommesso di confrontarsi con la questione della derogabilitÃ della disposizione, non rendendo alcuna statuizione sul punto e dando per presupposta lâ??inderogabilitÃ dellâ??art. 9. In tal modo, avrebbe pretermesso lâ??esame di una questione giuridica specificamente devoluta alla sua cognizione e logicamente preliminare, poichÃ©, ove fosse stata riconosciuta la natura non imperativa dellâ??art. 9, sarebbe stato necessario verificare se, nel caso concreto, la disciplina legale fosse risultata derogata dallâ??assetto negoziale dedotto in giudizio, con conseguenze potenzialmente decisive sullâ??esito della controversia; il riconoscimento della derogabilitÃ dellâ??[art. 9 della L. n. 24/2017](#) avrebbe imposto al giudice del gravame di procedere a un ulteriore accertamento, volto verificare se le parti avessero validamente convenuto una disciplina diversa della rivalsa.

La Corte di Cassazione rigetta anche questo motivo, specificando che: *â??Ã” vero che la sentenza impugnata non contiene una statuizione espressa sulla qualificazione dellâ??art. 9 della L. n. 24/2017 in termini di norma imperativa o dispositiva. Tuttavia, secondo il costante orientamento di questa Corte, lâ??omessa pronuncia rilevante ai sensi dellâ??art. 112 c.p.c. non ricorre quando la decisione adottata dal giudice del merito comporti il rigetto implicito della domanda o della questione non esaminata, risultante in modo univoco dalla struttura logico-giuridica della motivazione. Ã?, infatti, principio consolidato che il rigetto implicito sussiste allorchÃ© la soluzione accolta sia logicamente e giuridicamente incompatibile con lâ??accoglimento della tesi non espressamente esaminata, dovendosi in tal caso ritenere che il giudice abbia pronunciato su di essa, sia pure in forma non esplicita (v. supra, sub par. 1). Nel caso di specie, la Corte territoriale ha individuato nellâ??art. 9 della L. n. 24/2017 la **norma regolatrice del rapporto interno tra struttura sanitaria ed esercente la professione sanitaria, ha ritenuto tale disciplina applicabile alla fattispecie concreta e ha subordinato lâ??accoglimento della domanda di rivalsa al riscontro del dolo o della colpa grave, escludendo in fatto la sussistenza di tale requisito. Lâ??applicazione dellâ??art. 9 come parametro esclusivo e assorbente implica, sul piano logico-giuridico, il rigetto della tesi secondo cui la disciplina della rivalsa sarebbe derogabile per effetto di pattuizioni negoziali o, comunque, sottratta alla soglia legale del dolo o della colpa grave. Infatti, ove la Corte territoriale avesse ritenuto lâ??art. 9 norma non imperativa e suscettibile di deroga convenzionale, avrebbe dovuto esaminare la clausola contrattuale â?? lâ??art. 7 â??***



invocata dalla struttura e verificare se essa valesse a superare il limite legale; la scelta di arrestare la decisione alla sola verifica del requisito della colpa grave presuppone, invece, che tale limite sia stato ritenuto inderogabile e, come tale, insuscettibile di essere escluso dall'??autonomia privata. La statuizione adottata dal giudice a quo Ã", pertanto, logicamente incompatibile con l'??accoglimento della tesi di derogabilitÃ" dell'??art. 9 e costituisce rigetto implicito della questione relativa alla sua asserita natura non imperativa. In tal senso, la Corte territoriale ha compiuto una scelta interpretativa chiara, sebbene non esplicitata in termini definitivi, attribuendo all'??art. 9 una funzione normativa vincolante nella regolazione del rapporto interno e precludendo ogni diverso criterio di imputazione o riparto della responsabilitÃ" fondato su pattuizioni contrattuali incompatibili con la soglia legale del dolo o della colpa grave??.

Con ulteriore motivo parte ricorrente imputava al giudice a quo la violazione e falsa applicazione dell'??art. 9 della L. n. 24/2017, rilevando che, sin dal giudizio di primo grado, la domanda di regresso della clinica privata era stata fondata anche sul **contratto** intercorso con il Pa.Gi., con particolare riferimento all'??art. 7 dell'??accordo, nel quale era previsto l'??obbligo del professionista di tenere indenne la struttura da responsabilitÃ" per i danni causati nell'??esecuzione del rapporto, con correlato impegno assicurativo. Nel giudizio d'??appello il Pa.Gi. aveva contestato la validitÃ" di tale clausola, deducendone l'??invaliditÃ" per indeterminatezza dell'??oggetto e non meritevolezza, e chiedendone la declaratoria di nullitÃ" e la Corte territoriale aveva dichiarato l'??eccezione tardiva e non piÃ"1 proponibile ex art. 345 c.p.c., poichÃ© formulata per la prima volta in appello. Ebbene, pur avendo preso atto della contestazione e pur avendola ritenuta inammissibile per tardivitÃ", ha poi fondato la decisione esclusivamente sull'??applicazione dell'??art. 9 della L. n. 24/2017, assumendo che la rivalsa fosse ammessa soltanto in caso di dolo o colpa grave e negando la colpa grave, con conseguente rigetto della domanda di regresso. In tal modo, l'??art. 9 della L. n. 24/2017 sarebbe stato applicato, senza che venisse operato il necessario confronto con la disciplina negoziale che regolava in modo specifico l'??allocazione del rischio e l'??obbligo di manleva nei rapporti interni tra struttura e sanitario. In sostanza, una volta esclusa la possibilitÃ" di far valere in appello la nullitÃ" parziale della clausola per tardivitÃ" art. 345 c.p.c., la clausola contrattuale avrebbe dovuto essere considerata, quantomeno, come dato normativo del rapporto interno, con la conseguenza che l'??art. 9 della L. n. 24/2017 non poteva essere applicato ignorando il regolamento negoziale dedotto. Applicando invece l'??art. 9 come se il contratto non incidesse sul rapporto interno, la Corte territoriale ha finito per attribuire alla disposizione un effetto preclusivo assoluto, non coordinato con la disciplina contrattuale posta fondamento della domanda di regresso

Per il Collegio, anche tale doglianza non coglie nel segno, ed invero: *â??nel caso di specie, la Corte territoriale ha, da un lato, ritenuto inammissibile ex art. 345 c.p.c. l'??eccezione di nullitÃ" dell'??art. 7 del contratto, poichÃ© proposta per la prima volta in grado di appello; dall'??altro, ha individuato nell'??art. 9 della L. n. 24/2017 la disciplina regolatrice del rapporto interno tra struttura sanitaria ed esercente la professione sanitaria e ha risolto la controversia applicando tale norma come parametro assorbente. Questa impostazione decisoria rende logicamente superfluo, e comunque incompatibile, un ulteriore esame dell'??incidenza della clausola contrattuale invocata dalla ricorrente, poichÃ© l'??applicazione dell'??art. 9 come norma speciale di disciplina della rivalsa implica che l'??azione di rivalsa verso il sanitario sia assoggettata, in via prioritaria, al limite legale del dolo o della colpa grave, non superabile mediante criteri diversi di imputazione o di*



riparto fondati sull'«autonomia negoziale». In altri termini, una volta ritenuto il rapporto interno governato dall'«art. 9 della L. n. 24/2017 e assente il presupposto legale per l'«accoglimento della rivalsa, l'«eventuale rilevanza della clausola contrattuale di cui all'«art. 7 risultava assorbita e comunque incompatibile con la soluzione adottata. **Se, infatti, la Corte territoriale avesse ritenuto che la clausola contrattuale potesse incidere sulla misura o sull'«ammissibilità della rivalsa, avrebbe dovuto prescindere dal limite legale del dolo o della colpa grave, o quantomeno coordinare la disciplina pattizia con quella dell'«art. 9.** Ne deriva che la mancata considerazione della clausola contrattuale, dopo la declaratoria di inammissibilità dell'«eccezione di nullità, integra un rigetto implicito della prospettazione secondo cui essa avrebbe dovuto comunque operare come criterio di limitazione della responsabilità del sanitario. **Una volta individuata nell'«art. 9 della L. n. 24/2017 la norma regolatrice del rapporto interno, l'«autonomia negoziale risultava recessiva rispetto alla disciplina legale speciale.** Può bensì riconoscersi che in tal modo la Corte d'«Appello, contraddicendo la premessa della sua tardiva prospettazione, abbia in sostanza accolto l'«eccezione di nullità (sopravvenuta) della clausola contrattuale. Ma ciò ha fatto correttamente, non potendosi dubitare: a) della **natura imperativa della norma, in quanto strettamente funzionale agli scopi, anche di rilievo pubblicistico, perseguiti dalla disciplina nel suo complesso;** b) della conseguente rilevanza della nullità, anche d'«ufficio, in ogni stato e grado del giudizio, salvo giudicato interno nella specie non predicabile. Al di là del contraddittorio argomentare quel che conta la regola di giudizio applicata, e questa è corretta. Non si potrebbe far valere ex se la contraddittoria motivazione come vizio di motivazione apparente, perché, essendo corretta la regola di giudizio applicata, verrebbe a mancare il presupposto necessario per far valere detta patologia motivazionale; questa Corte insegna infatti con riferimento alla mancanza di motivazione, ma secondo un principio valevole anche per tutte le ipotesi in cui le censure siano mosse alla sentenza gravata sul piano motivazionale che è: «La mancanza di motivazione su questione di diritto e non di fatto deve ritenersi irrilevante, ai fini della cassazione della sentenza, qualora il giudice del merito sia comunque pervenuto ad un'esatta soluzione del problema giuridico sottoposto al suo esame. In tal caso, la Corte di cassazione, in ragione della funzione nomofilattica ad essa affidata dall'«ordinamento, nonché dei principi di economia processuale e di ragionevole durata del processo, di cui all'«art. 111, secondo comma, Cost., ha il potere, in una lettura costituzionalmente orientata dell'«art. 384 cod. proc. civ., di correggere la motivazione anche a fronte di un'«error in procedendo», quale la motivazione omessa, mediante l'«enunciazione delle ragioni che giustificano in diritto la decisione assunta, anche quando si tratti dell'«implicito rigetto della domanda perché erroneamente ritenuta assorbita, sempre che si tratti di questione che non richieda ulteriori accertamenti in fatto» (Cass. 28/05/2019, n. 14476; Cass., Sez. Un., 02/02/2017, n. 2731; Cass. 03/08/2016, n. 16157; Cass. 11/11/2014, n. 23989; Cass. 27/12/2013, n. 28663; Cass. 30/05/2012, n. 8622; Cass. 8/5/2012, n. 7880; Cass. 01/02/2010, n. 2313; Cass. 8/08/2005, n. 16640; Cass. 6/08/2003, n. 11883; Cass. 17/11/1999, n. 12753; Cass. 09/04/1990, n. 2940).

Con l'«ultimo motivo la ricorrente rimprovera alla Corte territoriale di avere adottato una nozione non corretta di colpa grave. Il giudice a quo, dopo avere ritenuto applicabile l'«art. 9 della L. n. 24/2017, ha ritenuto che la condotta del sanitario, pur connotata da profili di colpa, non integrasse la colpa grave richiesta dalla norma per l'«ammissibilità della rivalsa. A tal fine, la Corte territoriale avrebbe richiamato una definizione di colpa grave elaborata dalla giurisprudenza di



legittimità, intesa come condotta eccezionale, inescusabilmente grave e del tutto imprevedibile, qualificandola come devianza radicale dal programma condiviso di tutela della salute. Secondo quanto sostenuto dalla ricorrente, tale definizione è stata utilizzata dalla Corte territoriale in modo non coerente con il quadro normativo di riferimento, poiché è stata tratta da arresti giurisprudenziali riferiti a fattispecie nelle quali la nozione di colpa grave era stata impiegata per individuare un'ipotesi limite di malpractice straordinaria, idonea a superare la presunzione di pari responsabilità tra struttura e sanitario, e non già per delimitare, in via generale, l'area di operatività dell'azione di regresso. In tal modo, la Corte territoriale avrebbe sovrapposto piani concettuali distinti, utilizzando una nozione di colpa grave costruita per ipotesi eccezionali e atipiche al fine di escludere il regresso anche in presenza di una condotta professionalmente censurabile, accertata sulla base delle risultanze istruttorie. L'applicazione dell'art. 9 della L. n. 24/2017 sarebbe risultata, pertanto, viziata anche sotto il profilo della corretta sussunzione della fattispecie concreta nella nozione di colpa grave, avendo la Corte territoriale adottato un criterio valutativo eccessivamente restrittivo e non calibrato sul caso esaminato, finendo per escludere il regresso nonostante l'accertamento di una condotta non conforme alle regole di diligenza, prudenza e perizia e trasformando il requisito della colpa grave in una soglia pressoché irraggiungibile e svuotando di effettività l'azione di rivalsa della struttura sanitaria.

Secondo la Corte di Cassazione anche questo motivo è complessivamente infondato, in quanto: *la Corte d'Appello ha escluso la colpa grave non già facendo ricorso a una nozione astratta o estranea al quadro normativo, ma all'esito di una valutazione complessiva della condotta professionale del sanitario, alla luce delle risultanze istruttorie e, in particolare, della C.T.U. Il richiamo, operato dalla Corte territoriale, alla definizione di **colpa grave quale eccezionale e inescusabile devianza dal programma condiviso di tutela della salute** si colloca nel solco della giurisprudenza di questa Corte che, in tema di responsabilità sanitaria, utilizza tale parametro per delimitare l'area di operatività dell'azione di rivalsa, evitando che essa si risolva in una traslazione automatica sul sanitario di ogni ipotesi di colpa professionale. Contrariamente a quanto sostenuto dalla ricorrente, la Corte d'Appello non ha sovrapposto piani concettuali distinti, ma ha applicato una nozione di colpa grave eccezionale propria di fattispecie atipiche o straordinarie. Al contrario, essa ha fatto applicazione di un criterio selettivo coerente con la funzione dell'art. 9 della L. n. 24/2017, che è quella di circoscrivere l'azione di rivalsa ai soli casi di maggiore gravità della colpa, escludendone l'operatività in presenza di meri profili di colpa professionale, atteso che la nozione di colpa grave non coincide con qualsiasi scostamento dalle regole dell'arte, ma richiede una valutazione qualificata della condotta, tale da evidenziare un grado di negligenza, imprudenza o imperizia eccedente l'ordinaria colpa professionale. Il richiamo in rubrica agli artt. 1176e 2236 c.c. non è illustrato e comunque non giova alla ricorrente. Tali disposizioni disciplinano, rispettivamente, il parametro della diligenza del professionista e la responsabilità per prestazioni implicanti la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, ma non impongono al giudice di qualificare come colpa grave ogni violazione delle regole di diligenza e perizia accertata in concreto. La Corte territoriale ha tenuto conto delle risultanze della C.T.U., ha riconosciuto la sussistenza di profili di colpa professionale, ma ha escluso che tali profili integrassero una colpa di gravità tale da giustificare l'esercizio della rivalsa, con valutazione che attiene al merito e che è sorretta da motivazione congrua e non apparente. In realtà, la doglianza della ricorrente si risolve nella richiesta di una diversa lettura delle risultanze istruttorie e di una rivalutazione del grado della colpa professionale, sollecitando questa Corte a sostituire il proprio apprezzamento a*



quello compiuto dal giudice del merito. Tale operazione non Ã consentita in sede di legittimitÃ , poichÃ© la qualificazione della colpa come lieve o grave, ove fondata su un esame delle risultanze probatorie e su criteri giuridicamente corretti, rientra nel potere discrezionale del giudice di merito ed Ã insindacabile in cassazione. NÃ© puÃ² condividersi lâ?? assunto secondo cui lâ?? interpretazione adottata dalla Corte dÃ Appello avrebbe â??svuotato di effettivitÃ â?• lâ?? azione di rivalsa. Al contrario, essa si pone in linea con la scelta legislativa di cui allâ?? art. 9 della L. n. 24/2017, che ha inteso limitare lâ?? azione di rivalsa ai soli casi di dolo o colpa grave, escludendo che ogni ipotesi di malpractice, pur accertata, legittimi automaticamente il recupero nei confronti del sanitarioâ??.

Categoria

1. Focus giuridico

Data di creazione

04 Mag 2026