

L'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti del professionista e il regime della solidarietà debitoria quale fondamento civilistico della stessa*

Lorenzo Gasparini**

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. La responsabilità civile: complessità e inquadramento giuridico in ambito sanitario. – 3. Le obbligazioni solidali e il legame con il mondo sanitario. – 4. L'azione di rivalsa esercitabile dalle strutture sanitarie private e le criticità connesse alla solidarietà debitoria. – 5. Profili di riforma: il decreto 15 dicembre 2023, n. 232, e il nuovo ruolo dell'assicuratore in tema di rivalsa. – 6. Conclusioni.

ABSTRACT:

Il presente contributo analizza il rapporto obbligatorio tra l'esercente la professione sanitaria e la struttura presso cui opera, con particolare riguardo all'azione di rivalsa prevista dall'art. 9 della legge 8 marzo 2017, n. 24. L'indagine si concentra sul fondamento civilistico dell'azione, verificando se la disciplina introdotta dalla riforma Gelli-Bianco abbia inciso solo sui presupposti e sui limiti del suo esercizio ovvero anche sul rapporto sostanziale tra struttura e professionista. Il peculiare intreccio di responsabilità che caratterizza tali soggetti impone una rilettura della rivalsa alla luce dei principi generali in materia di obbligazioni solidali e rapporti interni tra coobbligati. L'obiettivo è ricostruire il quadro normativo e giurisprudenziale, evidenziando come l'art. 9 della legge n. 24/2017 non esaurisca il fondamento sostanziale dell'azione, che continua a rinvenirsi nei principi civilistici regolanti i rapporti interni tra struttura e professionista.

This paper examines the legal relationship between healthcare professionals and healthcare institutions, with reference to the right of recourse provided for by article 9 l. n. 24/2017. The analysis focuses on the civil law foundation of the recourse action, assessing whether the Gelli-Bianco Reform

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Dottorando di ricerca in Diritto amministrativo nell'Università di Bologna, lorenzo.gasparini9@unibo.it.

has affected only the conditions and limits governing its exercise or also the underlying substantive relationship between healthcare institutions and healthcare professionals. The interaction of liabilities requires the recourse action to be interpreted considering the general principles governing joint and several obligations and the internal relationships between co-obligors. The paper reconstructs the relevant statutory and judicial framework, arguing that article 9 does not exhaust the substantive foundation of the recourse action, which continues to rest on the general principles governing the internal relationship between healthcare institutions and healthcare professionals.

1. Introduzione

La legge 8 marzo 2017, n. 24, di riforma del comparto normativo sanitario, descrive in modo compiuto e strutturato la disciplina di settore, soffermandosi, per quanto di odierno interesse, sul profilo della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, con particolare declinazione all'aspetto civilistico della stessa¹.

La normativa in esame dedica un apposito spazio al profilo processuale introducendo, da un lato, una condizione di procedibilità dell'azione risarcitoria (il tentativo obbligatorio di conciliazione) e, dall'altro, una compiuta disciplina della rivalsa esercitabile dalle strutture sanitarie private. Nello specifico, l'art. 8 subordina la proponibilità della domanda giudiziale al previo esperimento del procedimento di consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite *ex art. 696-bis c.p.c.*² ovvero del procedimento di mediazione

¹ Preme sottolineare come la legge Gelli-Bianco è intervenuta in modifica della disciplina previgente, la quale, come noto, poneva le proprie basi sul Decreto Balduzzi, decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito dalla legge 8 novembre 2012, n. 189. In tema di responsabilità dell'esercente la professione sanitaria, il decreto citato, art. 3, specificava come: «L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo». Tale struttura, anche se aveva come obiettivo quello di modificare le posizioni dell'esercente la professione sanitaria è stata raggiunta dalle differenti interpretazioni della giurisprudenza. Infatti, il decreto Balduzzi, attraverso il richiamo all'art. 2043 c.c., ha dato origine ad un ampio dibattito interpretativo circa la natura della responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria, inducendo parte della giurisprudenza a ricondurla nell'alveo extracontrattuale, senza tuttavia introdurre un'espressa qualificazione normativa in tal senso. Brevemente, il richiamo all'art. 2043 c.c. è preceduto dall'espressione "in tali casi", ed è parso pertanto limitato solamente ai casi in cui il medico non rispondeva penalmente per colpa lieve, essendosi attenuto alle linee guida accreditate, così come afferma la prima proposizione della stessa disposizione. Dunque, la portata circoscritta di quest'ultima preclude a priori l'effetto di ricondurre in generale la materia della responsabilità medica nell'alveo dell'illecito aquiliano. Per una disamina più approfondita del tema, si veda C. M. MASIERI, La responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria, in *Ricerche Giuridiche*, 2015, pp. 103-135; B. GRAZZINI, *Responsabilità dell'esercente le professioni sanitarie e rischio clinico nel cd. "Decreto Balduzzi"*, in *Il corriere giuridico*, pp. 1235-1247.

² L'articolo 8 della l. 24/2017 introduce il "tentativo obbligatorio di conciliazione"; la ratio sottesa a questo istituto evidenzia la volontà del legislatore di introdurre uno strumento esperibile dal soggetto intenzionato ad agire in giudizio per ottenere il risarcimento del danno sanitario patito, essendo capace di fornire una soluzione differente rispetto alla strada processuale, anche se l'accertamento tecnico lungi dal qualificarsi come una risoluzione alternativa a quella processuale. Il primo comma così recita: «Chi intende esercitare un'azione innanzi al giudice civile relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696-bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente». La riforma del 2017 ha quindi

di cui al d.lgs. n. 28/2010. La previsione mira a favorire l'accertamento anticipato delle questioni tecnico-mediche e la definizione stragiudiziale della controversia, riducendo il ricorso al giudizio ordinario.

Prima di affrontare nel dettaglio il tema della responsabilità sanitaria, pare fondamentale soffermarsi sulla nozione di rischio clinico³, il quale viene qualificato come la concreta possibilità che un paziente possa subire un danno dall'erogazione di una prestazione sanitaria, nonché, come diretta conseguenza dello stesso, dalla prospettazione di plurimi inadempimenti da parte dei professionisti sanitari⁴.

Nel corso degli anni, a seguito delle importanti riforme che hanno interessato sia la disciplina della responsabilità che quella delle assicurazioni sanitarie⁵, le denunce di danni derivanti da imperizie mediche sono aumentate vertiginosamente, provocando un generale incremento degli strumenti a tutela degli operatori e delle strutture sanitarie.

Il legislatore, nel clima sociale poc'anzi menzionato, introduce quindi una nuova disciplina della responsabilità sanitaria volta a garantire, da un lato, l'azione risarcitoria ai soggetti danneggiati e, dall'altro, una generale definizione dei limiti e dei parametri concernenti la condotta dei professionisti sanitari.

Oggigiorno, uno dei profili di maggiore interesse giuridico si individua certamente nel rapporto tra la natura della responsabilità civile delle strutture sanitarie, così come ridefinita dalla citata riforma, e quello intercorrente tra queste ultime e i singoli professionisti sanitari. Da tale legame emerge un interrogativo di particolare rilievo: se la disciplina

il merito di rendere obbligatoria la scelta tra la mediazione prevista nell'articolo 5 comma 1-*bis* del decreto legislativo 4 marzo 2010 n. 28 e l'accertamento tecnico preventivo, qualificando quest'ultimo come una vera e propria condizione di procedibilità.

³ M. C. SPENA, *Responsabilità sanitaria nella gestione del rischio clinico: policy organizzativa per la sicurezza delle cure*, in *Amministrativamente-Rivista di ateneo dell'Università degli Studi di Roma "Foro Italico"*, 2024.

⁴ C. BOTTARI, *La tutela della salute: lavori in corso*, Torino, Giappichelli, 2020, p. 203.

⁵ Molte disposizioni della legge qui analizzata necessitano di una concreta e piena attuazione mediante la predisposizione di specifici decreti; il 16.03.2024, a distanza di 7 anni dalla legge Gelli-Bianco, è entrato in vigore il Decreto attuativo dell'art. 10, medesima fonte normativa, il quale introduce concretamente i criteri di necessaria osservanza ai fini della stipulazione delle polizze assicurative tra imprese operanti nel settore e le strutture sanitarie sia pubbliche che private. Nello specifico, vengono finalmente introdotti i massimali differenziati sulla base delle categorie di operatori sanitari nonché in relazione alle attività materialmente svolte da questi ultimi, con esplicito riferimento al periodo temporale di operatività delle nuove polizze (con applicazione del regime *claims made*).

Ancora, in tema assicurativo viene concretamente disciplinato il profilo delle "analoghe misure", fino a quel momento non ancora pienamente definito; «Le strutture sanitarie, ai fini della copertura di cui all'articolo 3, comma 1 e 4, possono ricorrere, in alternativa al contratto di assicurazione, alle misure analoghe di cui all'articolo 1, comma 1, lettera p). 2. La scelta di operare mediante assunzione diretta del rischio deve risultare da apposita delibera approvata dai vertici delle strutture sanitarie che ne evidenzia, altresì, le modalità di funzionamento, eventualmente unitario, anche per la gestione dei processi di acquisto dei servizi assicurativi e le motivazioni sottese». Infine, la legge 24/2017, in attesa di concreta operatività, manca di disciplinare anche altri profili, tra cui merita di essere qui ricordato il Sistema Nazionale delle Linee Guida, che avrebbe dovuto individuare le migliori linee guida e raccomandazioni nel settore sanitario mediante la predisposizione di un sistema di accreditamento. Ai fini di una maggiore comprensione del delicato tema si rinvia a; C. BOTTARI, *La tutela della salute: lavori in corso*, Torino, Giappichelli, 2020, pp. 240 ss.; F. GELLI, M. HAZAN, *Assicurazione e responsabilità sanitaria: Temi generali*, in F. GELLI, M. HAZAN, D. ZORZIT (a cura di), *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione*, Milano, Giuffrè, 2017, pp. 543 - 555.

dell'azione di rivalsa introdotta dall'art. 9 della legge n. 24/2017 trovi il proprio fondamento esclusivamente nella normativa speciale ovvero continui a richiedere una ricostruzione alla luce dei principi generali del diritto civile in materia di obbligazioni solidali e rapporti interni tra coobbligati.

In un contesto giurisprudenziale e dottrinale in costante evoluzione, il presente contributo intende offrire una ricostruzione sistematica dell'azione di rivalsa prevista dall'art. 9 della legge n. 24/2017, verificando se il relativo fondamento sostanziale debba essere individuato nella sola disciplina speciale ovvero nei principi generali regolanti i rapporti interni tra struttura sanitaria e professionista, quali coobbligati nei confronti del paziente danneggiato. Muovendo da tale prospettiva, l'indagine si propone di dimostrare come la disciplina introdotta dalla riforma Gelli-Bianco, pur innovando i presupposti e i limiti dell'azione di rivalsa, non abbia inciso sul suo fondamento civilistico.

2. La responsabilità civile: complessità e inquadramento giuridico in ambito sanitario

Al fine di verificare se la configurabilità della solidarietà passiva costituisca fondamento civilistico dell'azione di rivalsa in ambito sanitario, si rende preliminarmente necessario ricostruire il regime giuridico del rapporto obbligatorio tra struttura sanitaria e professionista, con particolare riguardo alla loro posizione nei confronti del paziente danneggiato⁶. Sul punto, appare di centrale importanza sottolineare come la legge n. 24/2017 riesca a modificare in modo chiaro e specifico l'indirizzo giurisprudenziale che si era fino a quel momento sedimentato sulla concezione della responsabilità civile di tipo contrattuale⁷, così com'era emerso dall'impostazione derivante dal contatto sociale⁸. Infatti, l'articolo 7 della citata legge introduce un doppio livello di responsabilità civile, separando, per la prima volta, la responsabilità del professionista da quella della struttura, con importanti implicazioni soprattutto dal punto di vista processuale. La posizione della struttura sanitaria rimane quindi di natura contrattuale sia in merito ai danni diretti da lei cagionati, per i quali risponde ai sensi dell'articolo 1218 c.c., sia per i danni causati dai propri dipendenti ovvero collaboratori esterni, per i quali la stessa risponde in forza dell'articolo 1228

⁶ G. ALPA, *Dal medico alla struttura sanitaria*, in G. IUDICA (a cura di) *La tutela della persona nella nuova responsabilità sanitaria*, Milano, Giuffrè Francis Lefebvre, 2019, pp. 1-29.

⁷ M. BOMBELLI, *et al.*, *La responsabilità sanitaria: guida pratica alla responsabilità penale e civile delle professioni sanitarie*, Milano, Key Editore, 2021, p. 239.

⁸ La teoria del contatto sociale si posiziona su logiche di natura contrattuale, nascente dal rapporto tra paziente-sanitario che trova origine nel momento di incontro tra le esigenze del paziente e i servizi offerti dalle strutture ove quest'ultimo si reca. Si veda Cass. Civ., Sez. VI, 17 aprile 2014, n. 8940.

c.c.⁹. Sul punto, la recente ordinanza della Cass. civ., sez. III, 5 gennaio 2023, n. 223, ha ulteriormente chiarito come la responsabilità della struttura sanitaria *ex art. 1228 c.c.* non costituisca una mera forma di responsabilità indiretta, ma possa assumere la natura di fatto proprio, trovando vita nell'organizzazione sanitaria complessivamente predisposta, stante la collocazione strutturale dell'attività del sanitario all'interno del programma obbligatorio contrattuale che la struttura stessa è tenuta ad espletare nei confronti del paziente¹⁰.

Conseguentemente, ai fini della configurabilità della responsabilità civile della struttura, risulta necessaria la prova non soltanto del danno subito, ma altresì dell'inadempimento causato dalla stessa e del nesso causale che lega i predetti elementi¹¹. Il paziente non può quindi limitarsi, come avveniva in passato, a sollevare una mera lamentela riguardante un generale inadempimento imputabile alla struttura sanitaria ovvero al personale di cui la medesima si è avvalsa, ma è tenuto ad individuare la condotta concretamente posta in essere, la quale deve necessariamente essere idonea a produrre il danno che il medesimo ritiene di aver subito¹².

In tema di responsabilità civile della struttura sanitaria¹³ è oramai pacifica in giurisprudenza la natura del rapporto intercorrente tra quest'ultima e il medico ivi operante. Se da un lato l'ausiliario può essere definito come la persona della cui opera il debitore si avvale nell'adempimento dell'obbligazione, e quindi il soggetto in capo al quale dovrà accertarsi l'elemento soggettivo nel compimento dell'azione dannosa, dall'altro sarà fondamentale distinguere l'ambito di applicazione dell'art. 1228 c.c. da quello dell'art. 2049 c.c.¹⁴.

Infatti, la condotta del professionista sanitario non prescinde dalle scelte di organizzazione intraprese dall'ente, sicché i terzi di cui si avvale il datore di lavoro *ex art. 1228 c.c.* sono configurabili quali ausiliari solamente allorquando gli stessi possano vantare una

⁹ G. AMMASSARI, *La responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria*, in A. D. DE SANTIS (a cura di), *I profili processuali della nuova disciplina sulla responsabilità sanitaria*, Roma, Roma Tre Press, 2017.

¹⁰ In tema di responsabilità sanitaria, la struttura ospedaliera risponde dell'operato del medico ausiliario a titolo di responsabilità per fatto proprio ai sensi dell'art. 1228 c.c., e non per fatto altrui *ex art. 2049 c.c.*, Tale responsabilità si fonda sul rischio d'impresa connesso all'utilizzazione di terzi nell'adempimento e sulla responsabilità organizzativa nell'esecuzione di prestazioni complesse. Ne consegue che, nei rapporti interni tra struttura e medico condannati in solido al risarcimento del danno, non opera il regresso integrale proprio della responsabilità *ex art. 2049 c.c.*, ma trova applicazione il criterio di riparto previsto dagli artt. 1298 e 2055 c.c., con presunzione di pari responsabilità. La distinzione tra colpa lieve e colpa grave del medico non rileva ai fini del riparto interno, non potendo la struttura invocare la rivalsa integrale per il solo fatto che sia stata accertata la colpa grave del sanitario. Per superare la presunzione di parità delle quote, la struttura solvens deve dimostrare che la condotta del medico sia stata del tutto dissonante rispetto al piano dell'ordinaria prestazione dei servizi di ospedalità, tale da interrompere il nesso causale con l'attività d'impresa, ovvero deve provare l'assenza di proprie trascuratezze nell'adempimento del contratto di ospedalità, comprensive dei controlli organizzativi atti a evitare i rischi connessi all'operato degli incaricati.

¹¹ B. MARUCCI, *La riforma sanitaria Gelli-Bianco. Osservazioni in tema di responsabilità civile*, Napoli, Edizioni scientifiche italiane, 2018.

¹² Cass. civ., Sezioni Unite, 11 gennaio 2008, n. 577.

¹³ N. ENRICHENS, *La responsabilità civile sanitaria: profili giuridici, tecnici e risarcimento del danno*, Milano, KeyEditore, 2023, pp. 1-127.

¹⁴ Così l'art. 2049 c.c.; «I padroni e i committenti sono responsabili per i danni arrecati dal fatto illecito dei loro domestici e commessi nell'esercizio delle incombenze a cui sono adibiti».

estraneità dal rapporto obbligatorio originale¹⁵. Questi ultimi, in forza del principio di non comunicabilità degli effetti pregiudizievoli, non possono essere destinatari delle conseguenze dannose derivanti dalle azioni degli altri debitori solidali, non essendo sussumibili entro il connubio derivante dal rapporto padroni-committenti. Tale principio è stato altresì confermato dalla Corte di Cassazione nella sentenza 11 novembre 2019, n. 28987¹⁶, nella quale i giudici si sono espressi con una soluzione particolarmente interessante. *In primis*, il giudice di legittimità ha riconosciuto il posizionamento tra struttura e medico entro tre diverse soluzioni¹⁷, attribuendo prevalenza alla suddivisione di responsabilità tra struttura e professionista sorta ad origine. Quindi, l'inesatta esecuzione da parte dell'ausiliario della prestazione affidatagli dal debitore comporta la nascita di uno specifico regime di responsabilità. Sul punto, il danno cagionato dall'"ausiliario" verrà ripartito tra struttura e sanitario anche in ipotesi di colpa esclusiva di quest'ultimo; infatti, la quantificazione delle responsabilità trova esplicito riconoscimento entro la disposizione di cui all'art. 1298 c.c., in forza del quale il condebitore in solido che adempie l'intera obbligazione vanta il diritto di rivalersi, con lo strumento del regresso, sugli altri corresponsabili. Sul punto, la Corte di cassazione, con la sentenza del 17.01.2019, n. 1070, in tema di responsabilità solidale *ex art.* 2055 c.c., comma 1, specifica come il fatto dannoso debba necessariamente essere imputabile a più persone, ancorché le condotte lesive siano fra loro autonome ovvero qualora vi siano diversi titoli di responsabilità in capo ai soggetti coinvolti. Sarà quindi sufficiente che le azioni od omissioni di questi ultimi abbiano concorso a produrre l'evento lesivo¹⁸.

L'analisi offerta in punto di responsabilità civile della struttura sanitaria, in combinato con la posizione del medico ivi operante, appare fondamentale per comprendere a fondo la natura dell'azione di rivalsa esperibile successivamente dalla struttura che ha risarcito in toto il terzo danneggiato. Infatti, come noto, la giurisprudenza della Cassazione ha da tempo affermato che nell'ipotesi di responsabilità *ex art.* 2049 c.c. il committente risponde per fatti compiuti

¹⁵ N. I. LIBERO, *Rivalsa e regresso della struttura sanitaria verso l'esercente la professione sanitaria*, in *Responsabilità medica*, n. 1, 2020, pp. 83-99.

¹⁶ La citata sentenza affronta una controversia sorta prima dell'entrata in vigore della legge n. 24/2017, in un contesto privo dei nuovi riferimenti normativi riguardanti la rivalsa debitoria. Tuttavia, i principi enunciati dall'organo di massima nomofilachia permettono di trarre elementi di odierno interesse per tutto il comparto sanitario e civile.

¹⁷ I giudici della Cassazione configurano un rapporto di responsabilità possibilmente collocabile entro una di queste tre soluzioni, optando per l'ultima.

a) danno da "malpractice" medica addebitato alla sola struttura, senza diritto di rivalsa nei confronti del medico, quando la condotta degli ausiliari si ritenga inserita, senza deviazioni, nel percorso attuativo dell'obbligazione assunta, collocandosi "tout court" nell'area del rischio dell'impresa sanitaria;

b) danno da "malpractice" addebitata, in sede di rivalsa, al solo sanitario nel caso di colpa esclusiva di quest'ultimo nella produzione dell'evento di danno;

c) danno da "malpractice" ripartito tra struttura e sanitario, anche in ipotesi di colpa esclusiva di quest'ultimo, salvo i casi, del tutto eccezionali, di inescusabile gravità, del tutto imprevedibile e oggettivamente improbabile devianza da quel programma condiviso di tutela della salute: si pensi al sanitario che esegua senza plausibile ragione un intervento di cardiocirurgia fuori della sala operatoria dell'ospedale.

¹⁸ A. D'ANTONI, *La rilevanza della concausa naturale nella responsabilità civile*, Padova, 2023.

dai singoli operanti, assumendo il rischio derivante dalle attività imputabili a questi ultimi¹⁹. All'opposto, il regime sposato dal legislatore in ambito sanitario, che si sostanzia in un chiaro riferimento alla disciplina di cui all'art. 1228 c.c., trova quale proprio corollario la responsabilità oggettiva impropria²⁰ derivante dai fatti dolosi ovvero colposi compiuti dagli ausiliari. Quindi, mentre la responsabilità indiretta *ex art.* 2049 c.c.²¹ viene attribuita al committente sulla base di fatti compiuti dai propri ausiliari entro la sfera d'azione comunque predeterminata, assumendo il rischio derivante dalla presenza di terzi soggetti, nella previsione di cui all'art. 1228 c.c. la struttura sanitaria risponderà sulla base della relazione tra la prestazione effettuata dal sanitario e l'organizzazione aziendale predisposta²².

In tale direzione si è espressa in tempi recenti anche la Corte di Cassazione con ordinanza 5 gennaio 2023, n. 223, con la quale il giudice ha affermato che la responsabilità della struttura *ex art.* 1228 c.c. per il fatto degli ausiliari si distingue nettamente dalla responsabilità indiretta *ex art.* 2049 c.c. per fatto altrui, sicché nel primo caso l'attività dell'ausiliario è parte integrante del fine e dello scopo perseguito dalla struttura ospitante, configurandosi una responsabilità per mero fatto proprio. Nell'azione esercitata dalla struttura nei confronti del medico, non sarà quindi ipotizzabile un diritto integrale, dovendosi necessariamente applicare i criteri di cui agli artt. 1298 e 2055 c.c.²³ con presunzione di pari contribuzione al danno cagionato al terzo²⁴.

Spostando l'attenzione su colui che esercita la professione sanitaria, si sottolinea come la legge n. 24/2017 abbia permesso di ricondurre la predetta responsabilità entro il regime extracontrattuale, invertendo l'indirizzo precedentemente consolidato²⁵.

Tale ultima impostazione trova la propria fonte nell'articolo 7, comma 3, della medesima legge, la quale espressamente prevede: «*L'esercente la professione sanitaria di cui ai*

¹⁹ A. D'ADDA, *I rapporti interni tra debitore ed ausiliario ex art. 1228: una opportuna messa a punto (con molte luci e qualche ombra)*, in *La nuova giurisprudenza civile commentata*, 2020, pp. 345-351.

²⁰ Sebbene non si tratti di responsabilità oggettiva in senso tecnico, essa presenta tratti analoghi, poiché non richiede la colpa del debitore: è sufficiente che il fatto illecito (doloso o colposo) dell'ausiliario sia connesso funzionalmente all'adempimento del contratto. In ambito sanitario, ciò comporta che la struttura risponda contrattualmente per gli errori dei medici e del personale sanitario che agiscono come suoi ausiliari, anche in assenza di una propria colpa diretta.

²¹ C. VALENTI, *Commento sub art. 2049 cc Responsabilità dei padroni e dei committenti*, in *Breviaria iuris*, 2022, pp. 335-342.

²² C. VALENTI, *Commento sub art. 1228 cc Responsabilità per fatto degli ausiliari*, in R. DE LUCA TAMAJO, O. MAZZOTTA (a cura di), *Commentario breve alle leggi sul lavoro*, 2022, Padova, Wolters Kluwer-CEDAM, p. 286.

²³ M. MARINAI, *Attentato alle strutture ospedaliere: operatori sanitari senza dimora?*, in *Danno e Responsabilità*, 2022, p. 386.

²⁴ La cassazione ritiene afferma che il principio sopra enunciato sia *superabile solo provando: a) la derivazione causale dell'evento da una condotta del medico del tutto dissonante rispetto all'ordinaria prestazione dei servizi di ospedalità, tale da interrompere il nesso causale; b) che alla colpa del medico si affianchi l'evidenza di un difetto di correlate trascuratezze nell'adempimento del contratto di ospedalità da parte della struttura. Tale assetto non muta a seconda della gravità della colpa del medico, in quanto la condotta negligente di quest'ultimo non può essere isolata dal più ampio complesso delle scelte organizzative della struttura, di cui il sanitario è parte integrante.*

²⁵ R. PUCELLI, *Onere della prova nella responsabilità medica: l'impatto della Legge Gelli-Bianco*, in *Responsabilità medica*, 2022, pp. 365-370.

commi 1 e 2 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...».

Il riferimento formale all'art. 2043 del codice civile evidenzia la natura extracontrattuale dell'istituto, con importanti conseguenze rispetto all'orientamento precedente in tema di onere della prova, prescrizione e in generale sulla posizione del danneggiato²⁶.

Nello specifico, la responsabilità aquiliana presuppone la ricorrenza di una pluralità di elementi costitutivi, necessari ai fini della configurabilità del relativo regime extracontrattuale. In primo luogo, appare di centrale importanza sottolineare la natura del danno; infatti, lo stesso deve necessariamente qualificarsi come “ingiusto”, permettendo di escluderne la configurabilità in presenza di ipotesi specifiche tipizzate, quali sono le giustificazioni del fatto illecito previste dall'art. 2044 ss. c.c. (si pensi alla legittima difesa, allo stato di necessità ovvero all'esercizio di un proprio diritto). In secondo luogo, assume compiuta rilevanza il nesso di causalità che deve necessariamente intercorrere tra il fatto illecito e il danno, sicché quest'ultimo dev'essere in modo certo e concreto conseguenza del primo. Ancora, la colpevolezza, definibile come l'attribuzione di un fatto illecito al singolo soggetto che, ponendo in essere una condotta dolosa ovvero colposa, abbia cagionato un danno ingiusto²⁷, si pone quale presupposto della risarcibilità di quest'ultimo. La dottrina e la giurisprudenza, anche per il tema di odierno interesse, interpretando le disposizioni codicistiche, hanno esteso notevolmente la portata del concetto di “colpevolezza”, sicché quest'ultima non pare limitarsi all'elemento soggettivo in senso stretto (dolo/colpa), permettendo di individuare il criterio attributivo della responsabilità maggiormente confacente al fatto concreto²⁸.

A titolo esemplificativo, si pensi al profilo della responsabilità oggettiva²⁹, attraverso la quale viene riconosciuta l'attribuzione di un fatto illecito in capo a colui che, nonostante non abbia partecipato in chiave soggettiva alla condotta illecita, assume una posizione causale rispetto alla verifica del danno ingiusto, attraverso la quale si giunge ad imputare allo stesso la responsabilità del fatto consumato (ad esempio, al danno cagionato da animali, da cose in custodia, dalla circolazione del veicolo ovvero dalle attività pericolose).

²⁶ In tema di responsabilità civile pare fondamentale rilevare come la stessa si fondi su differenti fonti codicistiche tra le quali, per quanto concerne il tema di odierno interesse, si rinviene la disciplina del fatto illecito. Nello specifico, la disposizione di cui sopra riporta come presupposto fondante l'elemento soggettivo della stessa, rinvenibile nel dolo o nella colpa, stante il necessario nesso causale tra la condotta e l'evento dannoso provocato. Inoltre, preme sottolineare come la condotta possa essere sia commissiva sia omissiva, a seconda che il soggetto tenga una condotta attiva o meramente reticente. I precetti appena riportati si sposano appieno con le condotte che i professionisti sanitari potrebbero, in astratto, porre in essere stante le differenti attività che quotidianamente interessano gli stessi. Infine, sotto il profilo del danno risarcibile, appare centrale la presenza dell'ingiustizia che deve necessariamente caratterizzare il nocimento cagionato, ovvero sia un danno antigiusuridico che non trovi alcuna giustificazione nel plesso giuridico dell'ordinamento. Per un maggiore approfondimento si veda F. GAZZONI, *Manuale di diritto privato*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiani, 2021, p. 715.

²⁷ A. PROCIDA MIRABELLI DI LAURO, *L'ingiustizia del danno nel sistema della responsabilità civile*, in *Danno e responsabilità*, 2025, pp. 409-420.

²⁸ B. C. MASSIMO, *Diritto Civile, Volume 5, La Responsabilità*, Milano Giuffrè Francis Lefebvre, 2021, pp. 550-557.

²⁹ R. MAZZON, *Responsabilità oggettiva e semioggettiva*. Milano, UTET Giuridica, 2012.

Per quanto concerne il profilo del risarcimento del danno conseguente al fatto illecito, si riporta brevemente la duplice natura che caratterizza lo stesso. Il danno può infatti assumere, da un lato, natura patrimoniale e, dall'altro, può essere esteso alla concezione morale³⁰. Quest'ultima, secondo la maggior parte della dottrina, può essere definita come un nocumento di natura non strettamente economica, ma derivante, all'opposto, dalla lesione degli interessi personali del singolo³¹. Sul punto, si ricorda la mutabilità di quest'ultimo istituto risarcitorio che, per sua stessa natura, si differenzia notevolmente in base al fatto illecito che lo causa. Si pensi al risarcimento del danno d'immagine, al danno morale conseguente al reato ovvero, per quanto di nostro interesse, al danno di natura biologica³². Quest'ultimo³³, infatti, viene definito come nocumento lesivo del "bene-persona" presente in tutte quelle situazioni nelle quali, a seguito della condotta dolosa ovvero colposa di un soggetto, si provoca una lesione sia da un punto di vista prettamente fisico che psichico/mentale. Ancora, in riferimento alle fonti assume particolare rilievo il disposto di cui all'art. 2059 c.c. in forza del quale; «*Il danno non patrimoniale deve essere risarcito solo nei casi determinati dalla legge*». Conseguentemente, nonostante il danno non patrimoniale si fondi sulla lesione di un interesse non economicamente valutabile, lo stesso permette di evidenziare la presenza di due elementi determinanti la quantificazione del risarcimento dovuto, ossia la perdita subita dal paziente a causa del sinistro e il mancato guadagno di

³⁰ V. DEPAU, La responsabilità sanitaria per le infezioni nosocomiali: una disciplina dai confini incerti, in L. D'ALEO (a cura di) *Foro padano*, 2024, pp. 65-69.

³¹ Il danno non patrimoniale può essere definito come il pregiudizio che un soggetto subisce, in questo caso, a seguito di attività sanitarie, che comporta la lesione di un interesse non suscettibile di valutazione economica. Dal punto di vista delle fonti assume rilievo il disposto di cui all'art. 2059 c.c. in forza del quale; «*Il danno non patrimoniale deve essere risarcito solo nei casi determinati dalla legge*». La disposizione evidenzia in modo chiaro il parametro della risarcibilità del danno non patrimoniale, limitandolo però ai soli casi stabiliti dalla legge; a fronte di questa limitazione appaiono risarcibili tutti quei danni non patrimoniali che sono conseguenza della commissione di un fatto di reato (si veda l'art. 185 c.p.), o nelle ipotesi previste espressamente dalla legge come, ad esempio, in tema di lesioni personali a seguito di un sinistro stradale in presenza dell'obbligo assicurativo. Tra le situazioni per le quali è riconosciuta la risarcibilità dei danni non patrimoniali rientrano anche tutte quelle lesioni che interessano i diritti della persona costituzionalmente garantiti, anche se non espressamente predeterminate dalla legge. Questa importante svolta, avvenuta in tempi recenti ad opera delle Sezioni Unite, ha comportato una notevole estensione dei possibili scenari dove il nostro ordinamento ammette il risarcimento dei danni non patrimoniali, tra i quali troviamo il diritto alla tutela della salute. Nell'ambito sanitario l'individuazione del danno non patrimoniale non è un'operazione semplice, data la particolarità dell'interesse tutelato; infatti, il diritto alla salute risulta essere un diritto fondamentale della persona e, come tale, in caso di sua lesione, deve essere risarcito anche nel caso di un danno non patrimoniale. Da questo punto di partenza, però, si individua la oggettiva difficoltà di quantificare il danno subito dato che l'interesse tutelato è particolarmente importante e sensibile.

³² Per quanto concerne nello specifico in tema del risarcimento del danno non patrimoniale sanitario, la legge 24/2017 prende spunto dalla normativa in tema di responsabilità civile (RC) auto. Infatti, come detto in apertura, la normativa automobilistica per il risarcimento del danno era prevista tra quelle che dovevano essere predeterminate dalla legge ai sensi dell'art. 2059 c.c., mentre in ambito sanitario si ha avuto un primo concreto spunto con l'estensione delle ipotesi di danno non patrimoniale a seguito delle pronunce della Corte di Cassazione.

³³ Cass., Sez. III, 31 maggio 2003, n. 8828.

natura non economica derivante dall'impossibilità di svolgere le attività che il medesimo avrebbe realizzato in assenza del danno stesso³⁴.

Ancora, il comma 4 dell'articolo 7 della legge Gelli-Bianco si occupa di dettare i canoni principali in tema di danno non patrimoniale mediante un rinvio al codice delle assicurazioni private; «*Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private...*». La citata disposizione individua come punto di partenza gli artt. 138 e 139 del CAP³⁵, i quali dettano le regole e le tabelle sulla cui base determinare la quantificazione del suddetto danno, definendo il nocumento biologico come «*la lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica della persona, suscettibile di accertamento medico-legale, che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito*».

Tali elementi si sposano con alcuni profili disciplinati dalla riforma Gelli-Bianco; infatti, si evidenzia come il nuovo regime dell'onere della prova cambi radicalmente rispetto alla disciplina precedente. La prova circa la liceità della condotta e il rispetto delle linee guida veniva in passato riconosciuta in capo al professionista, mentre il danneggiato era semplicemente onerato dal fornire la prova circa l'esistenza del contatto e del relativo danno. A seguito della riforma, tale assetto probatorio è stato pertanto invertito, spettando ora al danneggiato, in forza dell'art. 2043 c.c., provare concretamente la propria posizione e la presenza degli elementi costitutivi del fatto illecito; il nesso causale, il danno ingiusto e l'imputabilità soggettiva³⁶. Lo stesso danneggiato deve quindi attivarsi per dimostrare gli elementi qualificanti della condotta lesiva, con la conseguente inversione dell'onere probatorio a favore del sanitario. Questa impostazione si applica agli esercenti la professione sanitaria di cui si avvalgono sia le strutture sanitarie pubbliche che quelle private «*salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente*». Quest'ultima indicazione introduce quindi una deroga rispetto alla nuova disciplina introdotta dalla legge Gelli-Bianco, la quale, si ricorda, ancora la responsabilità dell'esercente la professione sanitaria all'art. 2043 c.c. Conseguentemente, i rapporti instaurati tra un professionista e un paziente, espletati nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale

³⁴ A. FORESTIERI, *Errore medico e malasanità: il punto sui danni risarcibili alla persona, tra sofferenza interiore e modifiche alle abitudini di vita*, in <https://www.diritto.it/errore-medico-e-malasanita-il-punto-sui-danni-risarcibili-alla-persona-tra-sofferenza-interiore-e-modifiche-alle-abitudini-di-vita/>, 31 luglio 2020.

³⁵ M. CROCITTO, *Commentario al Codice delle assicurazioni private*, HALLEY Editrice, 2006, pp. 193-198.

³⁶ D. DALFINO, *Il processo civile per responsabilità medica: condizioni di procedibilità e riparto dell'onere della prova*, in <https://www.questionegiustizia.it/articolo/il-processo-civile-per-responsabilita-medica-condizioni-di-procedibilita-e-riparto-dell-onere-della-prova>, 17 settembre 2018.

specificata assunta tra gli stessi, rispondono ad un regime di responsabilità civile di tipo contrattuale, facendo riemergere la disciplina previgente³⁷.

In conclusione, a fronte della rinnovata natura extracontrattuale della responsabilità civile, fondata sull'inversione dell'onere della prova e sul nuovo regime di prescrizione a cinque anni, appare ad oggi più arduo per il danneggiato ottenere un risarcimento del danno agendo esclusivamente nei confronti del professionista, risultando preferibile, come da prassi ormai consolidata, un'azione solidale tale da far emergere il regime sopra citato³⁸. Infatti, come si vedrà di seguito, tale impostazione può causare dei dubbi operativi particolarmente significativi in tema di successiva azionabilità del regresso debitorio, con l'insorgenza di possibili oneri aggiuntivi in capo ai soggetti coinvolti.

3. Le obbligazioni solidali e il legame con il mondo sanitario

Come visto nei paragrafi che precedono, il regime della responsabilità civile analizzata si fonda sulla natura delle obbligazioni nascenti dal rapporto tra esercente la professione sanitaria, struttura di appartenenza e terzo danneggiato³⁹.

Le obbligazioni solidali, infatti, trovano la propria fonte nel rapporto che lega gli eventuali corresponsabili⁴⁰. A fini introduttivi, preme quindi sottolineare gli elementi di maggior interesse su cui si regge l'istituto esaminato. Come noto, la solidarietà si ravvisa in tutte quelle situazioni caratterizzate, alternativamente, dalla presenza di plurimi debitori di un'unica obbligazione (solidarietà passiva) oppure dalla configurabilità di un rapporto obbligatorio incentrato su di una pluralità di creditori (solidarietà attiva). Il regime solidale presuppone come punto di partenza, oltre all'unica prestazione dovuta, una ragione giustificatrice dello stesso, che può concretamente individuarsi sia nella presenza di un'unica fonte (anche di natura extracontrattuale)⁴¹, sia nella sussistenza di una molteplicità delle medesime

³⁷ G. BOTTINO, C. PADRIN, P. F. POLI, *La responsabilità medica: l'efficacia dei recenti interventi normativi e giurisprudenziali al fine di attenuare le responsabilità penali, civili ed erariali*, in *Rivista interdisciplinare sul diritto delle amministrazioni pubbliche*, 2022.

³⁸ M. FACCIOLE, *La responsabilità civile di medici e strutture sanitarie nell'esercizio della telemedicina*, in *Responsabilità medica*, 2025, pp. 153-163.

³⁹ B. BALBUSSO, *I presupposti della responsabilità solidale e la funzione dell'art. 2055, comma 1, cc.*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2015, pp. 988-1006.

⁴⁰ S. BOSA, *Le obbligazioni solidali: molteplicità di modelli e unicità dello statuto*, Torino, Giappichelli, 2025.

⁴¹ Così l'art. 2055 c.c.: «Se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido al risarcimento del danno. Colui che ha risarcito il danno ha regresso contro ciascuno degli altri, nella misura determinata dalla gravità della rispettiva colpa e dall'entità delle conseguenze che ne sono derivate». Nel dubbio, le singole colpe si presumono uguali.

tra loro differenti⁴². Sul punto, si rappresentano sommariamente due distinti indirizzi che hanno come obiettivo quello di fornire una compiuta descrizione del fenomeno analizzato. Se da un lato si ipotizza come ciascun responsabile sia tenuto al risarcimento del danno cagionato per l'intero ammontare, dall'altro si specifica che ciascun debitore debba essere considerato obbligato al risarcimento del danno per la quota parte di propria spettanza, con la conseguenza che l'operatività dell'art. 2055 c.c. risulta essere fondamentale per l'estensione della responsabilità a tutti i condebitori, garantendo parimenti per quella degli altri⁴³. Sul punto, la Cassazione, sez. III, ord. 5 marzo 2024, n. 5922, ha ribadito che il nesso eziologico in materia sanitaria deve essere accertato secondo il criterio del "più probabile che non", valorizzando altresì il principio della prevalenza relativa tra cause concorrenti. Tale impostazione appare coerente con il modello di solidarietà impropria che caratterizza il rapporto tra struttura sanitaria e professionista. Ne consegue che il giudice sarà chiamato, da un lato, a valutare se una determinata condotta costituisca la causa di un evento dannoso sulla base del criterio della maggiore probabilità che quest'ultimo sia conseguenza di quella specifica condotta e, dall'altro, a verificare l'applicabilità del principio della prevalenza relativa, in forza del quale il grado di probabilità che il danno sia stato determinato da quella condotta viene posto a confronto con quello riferibile alle altre cause alternative presenti al momento della verifica dell'evento dannoso⁴⁴.

Quest'ultima tesi contrasta tuttavia con la natura solidaristica delle obbligazioni, caratterizzata dalla presenza, per l'appunto, di plurimi debitori. La teoria della partizione delle responsabilità opera principalmente in tema di regresso, stante la possibilità per il singolo creditore di aggredire un unico debitore, riconoscendo poi a quest'ultimo il diritto nei confronti dei soggetti a lui pari⁴⁵.

Per quanto concerne la solidarietà attiva, la presenza di plurimi creditori garantisce ad ognuno di questi il diritto di ottenere l'intero adempimento dell'obbligazione da parte del singolo debitore, dovendo successivamente suddividere l'ammontare ottenuto tra i vari

⁴² Quest'ultima ipotesi pare potersi configurare nel caso di specie stante il differente regime di responsabilità che caratterizza la struttura (contrattuale) e l'esercente (extracontrattuale) nei confronti del singolo paziente danneggiato. Siamo in presenza di un unico fatto generatore della responsabilità a fronte di diversi regimi su cui possa ergersi l'azione risarcitoria.

⁴³ S. BALUSSO, *Il regresso nella solidarietà debitoria*, Milano, Giuffrè, 2016.

⁴⁴ In relazione all'onere della prova e al regime di responsabilità emergente dal documento derivante dal sinistro medico, la Corte ha specificato un regime attributivo particolarmente tecnico, specificando come: «*Il paziente che agisce in giudizio per il risarcimento del danno da responsabilità sanitaria ha l'onere di dimostrare (anche presuntivamente) il nesso di causa tra la condotta denunciata e l'evento dannoso. Non deve invece dimostrare la violazione delle *leges artis* nell'esecuzione della prestazione sanitaria. Resta infatti in capo alla struttura o al professionista il compito di contestare la fondatezza della domanda, dimostrando che la prestazione è stata eseguita in modo corretto oppure che l'inadempimento è dipeso da una causa non imputabile*».

⁴⁵ La necessaria individuazione delle porzioni di responsabilità civile ricadenti su ciascuno dei condebitori presuppone la specificazione della quota spettante a ciascun obbligato. Per una compiuta analisi della materia si rinvia a S. BALUSSO, *Il regresso nella solidarietà debitoria*, Milano, Giuffrè, 2016, p. 126.

concreditori, oppure, quando questo non pare percorribile, essendo chiamati a risarcire i medesimi in maniera equivalente⁴⁶.

Il tema di maggiore criticità, che condiziona il concetto di responsabilità solidale in ambito sanitario, si individua però nella contrapposizione tra il regime di responsabilità della struttura sanitaria e la disciplina afferente all'esercente ivi operante. Infatti, come visto in apertura⁴⁷, la responsabilità del singolo professionista per i danni cagionati ai terzi nell'esercizio delle proprie attribuzioni trova fonte direttamente nell'art. 2043 c.c. con conseguente inversione dell'onere probatorio a carico del danneggiato chiamato a dare prova del nesso causale tra condotta e danno. Viceversa, la responsabilità delle strutture sanitarie per i danni causati direttamente dalle stesse in esecuzione delle obbligazioni da queste assunte nei confronti dei pazienti risulta essere di stampo contrattuale *ex art.* 1218 c.c. Tale formulazione viene completata dall'opposta previsione riguardante i danni cagionati dagli esercenti la professione operanti all'interno della struttura, tale per cui quest'ultima appare chiamata a rispondere per fatto altrui *ex art.* 1228 c.c.⁴⁸.

Alla luce di quanto sopra emerso, ci si interroga se la chiara differenza che caratterizza la responsabilità dei due soggetti sopra richiamati possa effettivamente essere un elemento volto a impedire il configurarsi del regime solidale, nonché la possibile operatività dell'azione di rivalsa⁴⁹.

La giurisprudenza della Corte di Cassazione⁵⁰, sul punto, evidenzia come la responsabilità professionale del medico si leghi automaticamente a quella della struttura sanitaria. Come noto, sulla base del riferimento di cui all'art. 1228 c.c., l'operatore, partendo dal presupposto che la prestazione erogata appare essere indispensabile per l'erogazione della prestazione sanitaria, viene sostanzialmente considerato quale ausiliario necessario della struttura nella quale la stessa opera⁵¹. A conferma di quest'ultimo assunto si riporta la disposizione di cui all'art. 7, c. 1, l. 24/2017, secondo la quale: «*La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbli-*

⁴⁶ La circostanza che il legislatore abbia esteso alle obbligazioni indivisibili la disciplina delle obbligazioni solidali dimostra come la solidarietà non costituisca una categoria rigidamente chiusa, ma un modello normativo destinato a trovare applicazione ogniqualvolta si renda necessario rafforzare la tutela del creditore mediante la possibilità di conseguire integralmente la prestazione da uno dei soggetti obbligati. Sul punto si veda, E. A. EMILIOZZI, *Delle obbligazioni alternative, delle obbligazioni in solido, delle obbligazioni divisibili e indivisibili: art. 1285-1320*, Bologna, Zanichelli, 2019.

⁴⁷ Si veda capitolo 2.

⁴⁸ Così l'art. 1228 c.c.; «*il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si vale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro*».

⁴⁹ F. GALGANO, *Trattato di diritto civile*, Milano, Wolters Kluwer, 2023, p. 24.

⁵⁰ Cassazione Sezione III, 26 giugno 2012, n. 10616.

⁵¹ M. CONETTI, *La responsabilità della struttura sanitaria*, in *Diritto.it*, <https://www.diritto.it/la-responsabilita-della-struttura-sanitaria-2/>, 17.10.2019.

gazione, 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»⁵².

Lo schema sopra riportato permette di addivenire ad un duplice regime di procedibilità in capo al paziente danneggiato. Quest'ultimo, stante la differente natura civilistica dei rapporti intercorrenti con i soggetti esaminati⁵³, potrà esercitare l'azione civile sia nei confronti della struttura che nei confronti del professionista. La consolidata giurisprudenza, interrogata sulla qualificazione dell'obbligazione solidale in relazione al possibile dualismo nascente dalla considerazione di quest'ultima come un'unica obbligazione ovvero come una pluralità di rapporti obbligatori tra loro connessi, si è posizionata in modo granitico su quest'ultima soluzione, ponendo al centro della medesima la disciplina derivante dall'art. 1306 del codice civile⁵⁴. L'efficacia della sentenza definitiva pronunciata nel giudizio conclusosi tra uno dei condebitori (o concreditori) e la controparte viene, infatti, limitata ai soli soggetti che hanno effettivamente partecipato al processo, impedendo che essa possa automaticamente estendersi agli altri⁵⁵, con delle dovute peculiarità derivanti dal risultato ottenuto al termine del tentativo di conciliazione *ex art. 8 l. 24/2017*⁵⁶.

⁵² L'art. 7, c. 4, l. 24/2017 specifica come: «Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito...». Il legato disposto tra quest'ultima disposizione e l'ultimo comma della stessa conferma il legame insito tra la struttura sanitaria ed il professionista non solo per quanto concerne il profilo organizzativo e operativo ma, altresì, per ciò che riguarda la responsabilità.

⁵³ In riferimento al regime di maggiore interesse per i pazienti danneggiati, pare evidente come la disciplina su cui poggia la responsabilità extracontrattuale, incentrata sull'inversione dell'onere della prova a carico del paziente stesso, tenuto alla prova sia dell'effettività del danno sia della sua consequenzialità rispetto ad una condotta del sanitario, tenda ad una più semplice azionabilità delle pretese risarcitorie del terzo nei confronti della struttura sanitaria.

⁵⁴ La sentenza pronunciata tra il creditore e uno dei debitori in solido, o tra il debitore e uno dei creditori, non ha effetto contro gli altri debitori o contro gli altri creditori.

⁵⁵ La medesima restrizione suole applicarsi ad altri istituti civilistici quali; la novazione, la remissione e le transazioni. Questi ultimi possono estendere gli effetti giuridici prodotti agli altri soggetti non partecipanti solo se producono effetti ad essi favorevoli, a fronte di una dichiarazione esplicita. Sul punto si veda F. GALGANO, *Trattato di diritto civile*, Milano, Wolters Kluwer, 2019, p. 24.

⁵⁶ Infatti, una delle maggiori peculiarità introdotte dall'art. 8 concerne il rapporto tra il tentativo obbligatorio di conciliazione e l'eventuale successivo giudizio; il terzo comma della medesima disposizione predispone un rinvio al rito sommario in tutti i casi in cui la conciliazione dia esito negativo, oppure quando la stessa non si concluda entro il termine indicato, «Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o dalla scadenza del termine perentorio, è depositato, presso il giudice che ha trattato il procedimento di cui al comma 1, il ricorso di cui all'articolo 281 undecies del codice di procedura civile. In tal caso il giudice fissa l'udienza di comparizione delle parti e procede con le forme del rito semplificato di cognizione a norma degli articoli 281 decies e seguenti del codice di procedura civile». Il consulente nominato, in tutte le situazioni nelle quali la conciliazione non raggiunge il suo scopo, ha il compito di depositare la relazione che ha redatto, rappresentante il punto di riferimento del tentativo appena concluso. Da questo momento (e comunque entro 6 mesi) inizia a decorrere il termine di 90 giorni entro i quali è riconosciuta la possibilità di agire *ex art. 281-decies* c.p.c. Infine, particolare importanza assume il rapporto che si può instaurare tra il tentativo obbligatorio di conciliazione e il successivo (eventuale) giudizio civile. Le parti, una volta instaurato correttamente il processo, potranno richiedere al giudice che la relazione prodotta dal consulente venga trasportata all'interno del processo civile come elemento utile ai fini della sua risoluzione. Occorrerebbe quindi una esplicita richiesta di parte al fine di garantire l'ingresso dei risultati della consulenza all'interno del processo. Per ulteriori approfondimenti, si veda; M. ADORNO, *Il nuovo 'filtro' dell'art. 696 bis cpc in materia di responsabilità sanitaria*, Roma, RomaTrePress, 2017; D. MARCHETTI, et al. *Sulle novità in materia di riscontro diagnostico introdotte dalla legge n.*

L'indirizzo giurisprudenziale appena richiamato trova ulteriore fondamento nel codice di procedura civile, il quale, all'art. 102⁵⁷, riconosce indirettamente la non configurabilità del litisconsorzio necessario tra condebitori, essendo possibile, per il singolo creditore, agire in giudizio nei confronti di uno soltanto dei danneggiati⁵⁸. L'autonomia dei rapporti obbligatori facenti capo ai singoli condebitori non esclude tuttavia la presenza di un collegamento funzionale tra gli stessi, il quale emerge con particolare evidenza nel momento dell'adempimento. Il pagamento effettuato da uno dei coobbligati produce, infatti, effetti liberatori anche nei confronti degli altri, determinando il successivo sorgere dell'esigenza di riequilibrare, sul piano interno, la distribuzione del peso economico dell'obbligazione. Dalla lettura combinata delle due disposizioni sopra richiamate, emerge chiaramente la non necessaria partecipazione al procedimento originale di entrambi i condebitori, stante la possibilità riconosciuta al creditore di ottenere direttamente dal singolo l'intero adempimento dell'obbligazione⁵⁹, a differenza delle obbligazioni attive, le quali sono caratterizzate dalla regola generale della parzialità⁶⁰.

Tali principi assumono particolare rilevanza nell'ambito della responsabilità sanitaria, ove la produzione di un unico evento dannoso può risultare imputabile, a diverso titolo, tanto alla struttura sanitaria quanto all'esercente la professione. In tali ipotesi, la giurisprudenza ha costantemente riconosciuto l'operatività del vincolo solidale tra i corresponsabili, pur in presenza di differenti titoli di responsabilità. In senso conforme si è espresso anche il Tribunale di Roma, sez. XIII, 26 febbraio 2025, n. 2925⁶¹, il quale ha riconosciuto la con-

24 dell'8 marzo 2017 (legge Gelli-Bianco), in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 2018, pp. 437-447.

⁵⁷ Così l'art. 102 c.p.c.; «Se la decisione non può pronunciarsi che in confronto di più parti, queste debbono agire o essere convenute nello stesso processo. Se questo è promosso da alcune o contro alcune soltanto di esse, il giudice ordina l'integrazione del contraddittorio in un termine perentorio da lui stabilito».

⁵⁸ Sul punto, si ricorda come il danneggiato può sempre ottenere dal singolo l'intera prestazione oggetto delle obbligazioni «Se la decisione non può pronunciarsi che in confronto di più parti». Si veda, L. BIANCHIMANI, *Il litisconsorzio necessario nelle situazioni giuridiche plurisoggettive*, Pisa, Università di Pisa, 2024.

⁵⁹ Preme sottolineare come, agendo in regresso, il debitore che abbia pagato l'intero ammontare del debito potrà pretendere dai condebitori solo la quota parte di relativa spettanza, con la conseguenza che nel caso in cui uno dei debitori risulti essere inadempiente, il relativo debito verrà ripartito tra tutte le parti ad esso afferenti compreso chi ha pagato l'intera quota al creditore. Il diritto di regresso maturato si qualifica, agli occhi della dottrina, come un diritto reale di surrogazione ex art. 1203, c. 1, n. 3 c.c., rilevato che «la surrogazione ha luogo... a vantaggio di colui che, essendo tenuto con altri o per altri al pagamento del debito, aveva interesse di soddisfarlo».

Si veda F. GAZZONI, *Manuale di diritto privato*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2021, pp. 616 ss.

⁶⁰ Salvo che non sia previsto diversamente dalle parti del rapporto obbligatorio, la presenza di una pluralità di creditori, a fronte del singolo debitore, porta all'instaurazione del regime obbligatorio parziale caratterizzato dal favore per il singolo debitore. I creditori, infatti, potranno pretendere dal debitore solo la quota parte della prestazione unica di propria spettanza, a differenza del regime solidale che garantisce al singolo creditore la possibilità di ottenere l'intera prestazione liberando integralmente la controparte.

⁶¹ Così il Tribunale; «Potrà invece escludersi la responsabilità della struttura ospedaliera solo nell'ipotesi in cui il medico di fiducia indicato dal paziente sia estraneo all'organizzazione del debitore, ragion per cui il medesimo dovrà propriamente configurarsi quale mero «cooperatore del creditore», il quale ultimo, fornendo al debitore il mezzo per l'adempimento, dovrà conseguentemente sopportare le conseguenze dannose da tale soggetto causate. In conclusione, l'errore del medico dà origine ad una «responsabilità solidale» «impropria» della struttura sanitaria e del professionista per il danno

figurabilità di una responsabilità solidale impropria tra struttura e sanitario, pur in presenza di differenti titoli di responsabilità. Conseguentemente, l'adempimento dell'obbligo risarcitorio da parte della struttura libererà altresì il professionista sanitario dall'esecuzione della prestazione risarcitoria, facendo contestualmente sorgere in capo alla prima un valido titolo per l'esercizio dell'azione di rivalsa⁶². All'opposto, potrà invece escludersi la responsabilità della struttura ospedaliera, e quindi la presenza di un'obbligazione solidale, solo nell'ipotesi in cui il medico di fiducia indicato dal paziente sia estraneo all'organizzazione della struttura stessa, non rappresentandosi un legame debitorio tra i soggetti citati. In conclusione, la condotta illecita del professionista sanitario, dalla quale deriva il danno patito dal paziente, determina una responsabilità solidale impropria tra struttura sanitaria e professionista, dando vita a un peculiare rapporto obbligatorio in forza del quale soggetti diversi sono chiamati a rispondere solidalmente del medesimo pregiudizio, seppure sulla base di differenti titoli di responsabilità⁶³.

4. L'azione di rivalsa esercitabile dalle strutture sanitarie private e le criticità connesse alla solidarietà debitoria

La ricostruzione del regime della solidarietà non assume una funzione meramente descrittiva. Essa costituisce, piuttosto, la chiave interpretativa per comprendere la natura dell'azione di rivalsa prevista dall'art. 9 della legge n. 24/2017. Quest'ultima, se da un lato disciplina le condizioni di esercizio della rivalsa, dall'altro non individua il titolo giuridico del rapporto interno tra struttura sanitaria e professionista. Tale fondamento, come accennato, deve essere rinvenuto nella solidarietà passiva derivante dall'unicità dell'evento dannoso e dalla conseguente operatività degli artt. 2055 e 1298 c.c. In primis, pare fondamentale definire in modo compiuto l'azione esperibile dalle strutture sanitarie nei confronti dei propri professionisti a seguito dell'esborso eventualmente sostenuto dalla medesima a titolo di risarcimento del danno provocato dagli esercenti stessi⁶⁴.

Con il termine azione di rivalsa si suole fare riferimento allo strumento giuridico attraverso cui è possibile recuperare dal danneggiante quanto precedentemente pagato da un soggetto, il quale, sulla base di un rapporto intercorrente tra gli stessi, è stato obbligato

cagionato al paziente, nel senso che soggetti diversi sono chiamati a rispondere in via solidale a diverso titolo, ovvero sulla base di titoli autonomi di responsabilità per il medesimo evento».

⁶² Così l'art. 1292 c.c.; «L'obbligazione è in solido quando più debitori sono obbligati tutti per la medesima prestazione, in modo che ciascuno può essere costretto all'adempimento per la totalità e l'adempimento da parte di uno libera gli altri».

⁶³ Tribunale di Roma, sez. XIII, sentenza 26 febbraio 2025, n. 2925.

⁶⁴ I. LIBERO NOCEVA, *Rivalsa e regresso della struttura sanitaria verso l'esercente la professione sanitaria*, in *Responsabilità Medica*, 2020.

all'esborso di una somma di denaro a favore di un terzo, spesso a titolo di risarcimento del danno⁶⁵. La misura della rivalsa si posiziona in riferimento alla gravità della colpa e all'entità delle conseguenze derivanti dalle azioni dei singoli. La stessa giurisprudenza⁶⁶ precisa come l'art. 2055 c.c. operi altresì in presenza di differenti titoli di responsabilità in capo ai soggetti coinvolti, quindi anche nel caso di danno causato da malpractice medica imputabile, ex art. 1228 c.c., sia alla struttura che al professionista⁶⁷. Conseguentemente, come sopra evidenziato, preso atto che il nostro ordinamento permette di cumulare la responsabilità contrattuale con quella aquiliana⁶⁸, il risarcimento dell'obbligazione dovrebbe ritenersi ripartito tra la struttura sanitaria e l'esercente la professione, salvo quando la condotta di quest'ultimo diverge totalmente dal programma di cura e di tutela del singolo paziente. Il pregiudizio subito dal danneggiato si fonda quindi sia sulla condotta dell'ausiliario esercente la professione sanitaria, sia sulla fallibilità dei sistemi e servizi offerti dalla struttura⁶⁹.

Nel settore sanitario, la natura dell'azione di rivalsa, come vedremo di seguito, trova vita in seno al comparto privatistico, ma, al tempo stesso, il legislatore del 2017⁷⁰ ha inteso altresì introdurre uno strumento esperibile nel contesto delle strutture sanitarie pubbliche⁷¹ nei confronti degli esercenti la professione ivi operanti. Quest'ultima viene definita quale azione di responsabilità amministrativa⁷², il cui fondamento si rinviene nell'art. 9, c.

⁶⁵ R. CATALDI, *La responsabilità della struttura sanitaria pubblica e privata : onere della prova, azione di rivalsa, assicurazione e risarcimento*, Rimini, Maggioli, 2014.

⁶⁶ Cassazione Sezioni Unite, 27 aprile 2022, n. 13143; Cassazione civile sez. III, ordinanza 06 settembre 2023, n. 25970.

⁶⁷ A. D'ADDA, *I rapporti interni tra debitore ed ausiliario ex art. 1228: una opportuna messa a punto (con molte luci e qualche ombra)*, in *La nuova giurisprudenza civile commentata*, 2020, pp. 345-351.

⁶⁸ R. BALDINI, *L'unitarietà del fatto dannoso quale unico requisito ai fini della responsabilità solidale ex art. 2055 cc: ovvero, sull'irrelevanza dell'identità del titolo di responsabilità e delle norme giuridiche violate*, in A. D'ANGELO V. ROPPO (a cura di) *Annuario del Contratto 2022*. Giappichelli, 2023, pp. 284-290.

⁶⁹ D. M. FRENDI, *Riforma sanitaria: colpa, punibilità, risarcimento*, in *Ius Responsabilità civile*, 2026.

⁷⁰ E. CASETTA, *Manuale di diritto amministrativo*, Milano, Giuffrè, 2025, p. 671.

⁷¹ F. R. CORRENTI, et al. *L'azione di rivalsa e la responsabilità amministrativa del medico per danno erariale indiretto*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2013.

⁷² L'art. 9 della l. 24/2017, nel descrivere le caratteristiche principali dell'azione di rivalsa (comma 2, 4 e 6) dedica un comma specifico all'azione di responsabilità amministrativa. Il comma 5, infatti, delinea i profili principali dell'azione quivi trattata, precisando come: «*In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, o dell'esercente la professione sanitaria, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo 7, l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti*». Da questa disposizione emerge chiaramente come la prima differenza che caratterizza questo istituto rispetto all'azione di rivalsa sia la natura della struttura sanitaria interessata, nonché il soggetto legittimato ad agire. Inoltre, in sede di quantificazione dell'ammontare di risarcimento a cui ha diritto la struttura pubblica, appare di spiccata importanza, a differenza dell'azione di rivalsa, la valutazione di circostanze, situazioni di fatto, difficoltà e problemi di natura organizzativa eventualmente rilevanti. Il giudice deve quindi tener conto del caso concreto e delle condizioni in cui i soggetti si presentano per quantificare l'entità che il danneggiante sarà chiamato a pagare alla struttura pubblica a titolo di risarcimento.

5, l. 24/2017, ovverosia il recupero del danno erariale subito⁷³. La funzione di entrambe le azioni recuperatorie ha quale obiettivo principale l'ottenimento del risarcimento mediante un'azione specifica che, la struttura nel caso di rivalsa e il Pubblico Ministero in caso di azione amministrativo-contabile, viene esercitata proprio nei confronti del professionista danneggiante in forza del rapporto che lega i medesimi soggetti⁷⁴.

A fronte di questi rilevanti punti di contatto, emergono al contempo importanti differenze tra gli strumenti sopra citati⁷⁵. Nello specifico, la maggiore differenza riscontrabile dallo studio della normativa deriva proprio dalla natura dei soggetti competenti ad azionare le domande; l'azione di rivalsa viene esercitata dalla struttura privata, mentre l'azione di responsabilità amministrativa⁷⁶ ha ad oggetto il pregiudizio subito dalla struttura pubblica, riconoscendo l'azionabilità della medesima in capo al Pubblico Ministero presso la Corte dei conti⁷⁷. Gli sviluppi e le riforme che si sono susseguite nel corso di pochi anni si presentano estremamente diverse tra loro, dimostrando un sistema ancora non del tutto chiaro che cerca sempre di combattere fenomeni ormai classici del settore come la medicina difensiva, la crescita del contenzioso, la conseguente perdita di efficienza sanitario-organizzativa e, inevitabilmente, l'aumento della spesa sanitaria⁷⁸.

Premesso quanto sopra, in riferimento sia alle recuperatorie che al regime delle obbligazioni solidali, preme descrivere in termini maggiormente compiuti l'azione di rivalsa⁷⁹.

⁷³ E. MACRI, *Rassegna di alcune sentenze della Corte dei conti in materia di danno erariale indiretto*, in <https://www.sanita360.it/2017/12/19/rassegna-di-alcune-sentenze-della-corte-dei-conti-in-materia-di-danno-erariale-indiretto/>, 19 dicembre 2017.

⁷⁴ C. BOTTARI, *La tutela della salute: lavori in corso*, Torino, Giappichelli, 2020, p. 241.

⁷⁵ Per quanto concerne la quantificazione dell'ammontare della somma dovuta, il giudice deve necessariamente attenersi ai limiti che sono specificati nello stesso articolo 9; per l'azione di responsabilità amministrativa la disposizione al comma 5 prevede «L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo del valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo». A questa disposizione si aggiunge un'ulteriore conseguenza sanzionatoria applicabile ai professionisti resisi responsabili del danno, ovvero l'impossibilità di ottenere incarichi superiori rispetto a quello che gli stessi ricoprivano al momento della condanna. Per quanto attiene all'azione di rivalsa, invece, la disciplina sul limite della somma è contenuta nel comma 6, il quale ne limita l'ammontare ad una quota pari al triplo del valore del reddito professionale conseguito durante l'anno in cui si è verificato l'evento lesivo. Si veda anche G. CORSO, *Pubblico e privato nel sistema sanitario*, in G. CORSO, P. MAGISTRELLI (a cura di) *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, Torino, 2009.

⁷⁶ Analoga finalità garantistica caratterizza la disciplina della responsabilità amministrativa di cui all'art. 1 della l. 14 gennaio 1994, n. 20, cui rinvia l'art. 9, comma 5, l. 24/2017 per il personale delle strutture pubbliche. Anche in tale ambito, infatti, l'addebito è subordinato alla sussistenza del dolo ovvero della colpa grave, e soggiace al potere riduttivo riconosciuto alla Corte dei conti.

⁷⁷ Quest'ultima forma di danno erariale identifica la fattispecie di cui si sta qui trattando; la perdita sostenuta dalla struttura non deriva da un fatto che direttamente l'abbia danneggiata (in quel caso si starebbe trattando il profilo del danno erariale diretto), bensì si concretizza a seguito della condanna della struttura, stabilita dal giudice ordinario, al risarcimento del danno al paziente danneggiato a causa della malpractice attuata dal sanitario pubblico dipendente.

⁷⁸ G. RICCI, *L'azione di rivalsa della struttura sanitaria*, in A. D. DE SANTIS (a cura di), *I profili processuali della nuova disciplina sulla responsabilità sanitaria*, Roma, Roma Tre Press, 2017, p. 62.

⁷⁹ A. NICOLUSSI, *Responsabilità sanitaria e rivalsa*, in *Europa e diritto privato*, 2023, pp. 690-698.

L'art. 9 della l. 24/2017, comma 1, introduce la prima caratteristica fondamentale, prevedendo come l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria possa essere esercitata solamente in caso di dolo o colpa grave⁸⁰. A fini di chiarezza, appare rilevante ricordare la distinzione tra gli elementi soggettivi richiamati dalla disposizione⁸¹. Infatti, mentre il dolo necessita dell'intenzionalità dannosa e della consapevolezza della condotta, la nozione di colpa grave non si è ancora alla volontarietà del danno, bensì si caratterizza per la presenza di gravi violazioni della diligenza, prudenza o perizia⁸². La presenza di uno dei due elementi soggettivi sopra richiamati appare necessaria esclusivamente per la rivalsa da parte della struttura sanitaria, non traducendosi in un'esenzione⁸³ della responsabilità civile del professionista per i danni derivanti da colpa lieve⁸⁴.

Altro profilo di spiccata importanza, soprattutto al fine di chiarire la posizione solidale dell'esercente, attiene alle tutele e alle garanzie riconosciute al professionista sanitario ai fini dell'esercizio del suo diritto di difesa. Sotto questo punto di vista appare cruciale il disposto di cui al comma 2 dell'art. 9 legge 24/2017, in forza del quale: «*Se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio o della procedura stragiudiziale di risarcimento del danno, l'azione di rivalsa nei suoi confronti può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto pagamento*». In relazione al tema di odierno interesse, preme sottolineare come la disposizione richiamata faccia esplicito riferimento alla mera possibilità per il professionista danneggiante di partecipare al giudizio oppure alla procedura stragiudiziale di risarcimento del danno, configurandosi, quindi, come un mero litisconsorte facoltativo⁸⁵. Quest'ultima specificazione è sicuramente di estremo interesse; infatti, la legge n. 24/2017, in riferimento all'assenza del sanitario dal giudizio originale, non prevede quale conseguenza l'impossibilità per la struttura privata di azionare il giudizio di rivalsa, ma impedisce alla stessa di instaurarlo nel corso del giudizio

⁸⁰ S. PARI, *L'azione di rivalsa e l'azione di responsabilità amministrativa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria: le novità introdotte dalla l. n. 24/2017*, in *Rivista Responsabilità Medica*, 2017.

⁸¹ I. PARTENZA, *L'azione di rivalsa delle strutture private*, in F. GELLI, M. HAZAN, D. ZORZIT (a cura di), *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione*, Milano, Giuffrè, 2017, pp. 521 - 535.

⁸² V. BOTTINO, *L'azione di rivalsa per dolo o colpa grave: limiti e condizioni*, in <https://www.anaao.it/content.php?cont=21531>, 16 ottobre 2017.

⁸³ Infatti non paiono sussistere, in presenza di un danno imputabile ad una condotta soggettiva qualificabile in "colpa lieve", gli elementi fondanti della disciplina dell'azione di rivalsa, con la conseguenza che, se il danno deriva da una condotta colposa non grave, la struttura sanitaria non è titolare dell'azione di cui all'art. 9 l. 24/2017, stante il chiaro enunciato della stessa disposizione in forza del quale; «*L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave*». Importante ricordare che il combinato disposto tra quest'ultima disposizione ed il regime di responsabilità civile per danni derivanti da fatti illeciti non comporta in nessun caso l'esclusione della responsabilità del professionista sanitario il quale, secondo le tradizionali azioni risarcitorie, potrebbe sempre essere destinatario dell'azione risarcitoria.

⁸⁴ Così l'art. 9, c. 1: «*L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave*».

⁸⁵ P. BIAVATI, *Argomenti di diritto processuale civile*, Bologna, Bononia University Press, 2025, pp. 204 ss.

di risarcimento, dovendo, all'opposto, attendere la definizione di quest'ultimo⁸⁶. La norma mira quindi a tutelare la posizione del danneggiante nelle situazioni in cui lo stesso non abbia precedentemente partecipato al giudizio vertente sulla propria responsabilità, posto che l'azione civile è stata proposta esclusivamente dal danneggiato nei confronti della struttura⁸⁷.

Infine, la normativa oggi vigente individua due elementi volti a tutelare il diritto di difesa del professionista che non abbia partecipato al giudizio di responsabilità; in primo luogo, è previsto un termine iniziale di proponibilità della domanda, coincidente con l'avvenuto adempimento dell'obbligazione risarcitoria. In secondo luogo, si introduce anche un termine temporale, specificando come l'azione di rivalsa debba necessariamente essere presentata entro un anno dal momento in cui il pagamento è stato completato⁸⁸.

A conferma di quanto sopra esposto, in riferimento alla non necessaria presenza del singolo al giudizio⁸⁹, il comma 3 della medesima disposizione mira ad implementare le tutele che il nostro ordinamento offre al professionista sanitario, specificando come «*La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o sociosanitaria o contro l'impresa di assicurazione non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio*». Viceversa, nel caso in cui il professionista abbia partecipato al giudizio volto al risarcimento del danno, il giudice potrà desumere argomenti di prova dagli elementi assunti nel processo instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria ovvero dell'impresa di assicurazione, così come specificato dall'art. 9, comma 7⁹⁰.

Ancora, come vedremo di seguito, appare altresì rilevante la recente attuazione dell'art. 10, l. 24/2017, mediante la quale si è potuto non solo riconoscere l'azionabilità diretta nei confronti della compagnia assicuratrice del professionista, con conseguente solidarietà sostanziale e processuale, ma anche la piena operatività degli obblighi assicurativi in capo sia alle strutture che ai singoli professionisti, specificando come l'art. 3 della sopra citata

⁸⁶ In tema di litisconsorzio necessario si evidenzia come quest'ultimo istituto processuale possa concretamente configurarsi nelle situazioni caratterizzate dalla presenza di plurime parti afferenti ad una causa giudiziale avente ad oggetto un unico rapporto sostanziale, e, in forza del predetto legame, si renda quindi necessaria la partecipazione contestuale di tutte le parti interessate. Viceversa, il litisconsorzio facoltativo, che caratterizza il rapporto tra l'esercente la professione sanitaria e la struttura di appartenenza, non richiede la contestuale partecipazione delle parti, bensì la mera possibilità che le stesse convoglino in un unico procedimento civile per connessione impropria.

⁸⁷ Così l'art. 103 c.p.c., «*Più parti possono agire o essere convenute nello stesso processo, quando tra le cause che si propongono esiste connessione per l'oggetto o per il titolo dal quale dipendono, oppure quando la decisione dipende, totalmente o parzialmente, dalla risoluzione di identiche questioni*».

⁸⁸ G. FACCÌ, *L'azione di rivalsa della struttura sanitaria tra le sentenze di San Martino e la l. Gelli-Bianco*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2020, pp. 37-61.

⁸⁹ M. LOPINTO, *Regresso e rivalsa della struttura sanitaria in ipotesi di danno cagionato dal medico in via esclusiva post legge n. 24 del 2017*, in *Il Caso.it*, 2021, <https://www.ilcaso.it/articolo/1879>.

⁹⁰ V. BOTTINO, *L'azione di rivalsa per dolo o colpa grave: limiti e condizioni*, in <https://www.anaao.it/content.php?cont=21531>, 16 ottobre 2017.

riforma impone alle compagnie assicurative di tenere indenni i professionisti e le strutture sanitarie resisi responsabili dei danni ai pazienti⁹¹.

La legge 24/2017, per quanto concerne l'ammontare della rivalsa, introduce, al comma 6, un limite: *«In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al triplo del valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo. Il limite alla misura della rivalsa, di cui al periodo precedente, non si applica nei confronti degli esercenti la professione sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2»*. Tale limite appare particolarmente severo per le strutture sanitarie, in quanto si pone come vera e propria garanzia a favore dell'esercente la professione sanitaria, il quale non sarà più tenuto a corrispondere l'intero ammontare del risarcimento già sostenuto dalla struttura, ma sarà obbligato ad una somma pari alla propria retribuzione lorda annua moltiplicata fino al triplo⁹². Sotto questo punto di vista, risulta però fondamentale lo stato soggettivo che contraddistingue la condotta del danneggiante, stante il mero riferimento ai soli casi di colpa grave⁹³, escludendone l'operatività in presenza del dolo⁹⁴. Conseguentemente, indipendentemente da quanto è stato deciso in sede giudiziale ovvero stragiudiziale, il professionista sanitario non può essere destinatario di una condanna superiore all'importo pari alla propria retribuzione lorda annua aumentata. Viceversa, in tutte le situazioni nelle quali il professionista abbia agito con dolo, potrà essere a lui imputabile una rivalsa pari al totale dell'ammontare sostenuto a titolo di risarcimento da parte della struttura di afferenza. Ancora, la giurisprudenza, in relazione al procedimento di rivalsa, si è altresì interrogata se a seguito dell'instaurazione del giudizio di responsabilità civile da parte del danneggiato nei confronti della struttura sanitaria si potesse riconoscere a quest'ultima la possibilità di esperire l'azione di rivalsa nei confronti del professionista direttamente nel giudizio stesso, ovvero se si rendesse necessario attendere il termine della controversia originaria. Il principale problema si rinviene nell'aspetto temporale della stessa azione, stante la necessità che il pagamento sia già stato adempiuto dalla struttura a favore del danneggiato. Infatti, in tema di diritto civile, il regresso presupp-

⁹¹ Così l'art. 13, comma 1, l. 8 marzo 2017 n. 24; «L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9».

⁹² M. PALADINI, *L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria*, in C. AMATO et al. (a cura di) *Studi sulla responsabilità civile medica—Prospettiva colombiana e italiana*, Ibañez, 2021, pp. 147-165.

⁹³ M. FRANZONI, *Dalla colpa grave alla responsabilità professionale*. Torino, Giappichelli Editore, 2023, pp. 86-89.

⁹⁴ G. COMANDÈ, L. NOCCO, *La responsabilità dell'esercente la professione sanitaria tra artt. 1218 c.c. e 2043 c.c.*, in F. GELLI, M. HAZAN, D. ZORZIT (a cura di), *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione*, Milano, Giuffrè, 2017, p. 553-582.

pone che il debito nei confronti del danneggiato sia estinto tramite la corresponsione della somma di denaro determinata ad origine⁹⁵. Per sopperire a questo problema è stata introdotta la possibilità di presentare l'azione di rivalsa in via condizionata. Tale istituto permette di subordinare l'azionabilità della rivalsa all'avvenuto accoglimento della domanda di condanna⁹⁶ proposta dal danneggiato, nonché all'avvenuto pagamento di quanto dovuto⁹⁷. In conclusione, lo strumento quivi esaminato è stato concepito in modo tale da soddisfare i bisogni e le esigenze di tutti i soggetti coinvolti nel fatto illecito dal quale emergono i profili della responsabilità civile, cercando di ottemperare sia alle necessità del singolo danneggiato, sia delle strutture sanitarie, non aggravando eccessivamente la posizione dell'esercente la professione sanitaria. Tuttavia, tali obiettivi garantistici paiono al contempo porsi in contrasto tra loro, facendo emergere una disciplina di difficile applicazione, inidonea a far fronte alle necessità emergenti dal difficile rapporto risultante dalla prestazione sanitaria impropriamente eseguita.

5. Profili di riforma: il decreto 15 dicembre 2023 n. 232 e il nuovo ruolo dell'assicuratore in tema di rivalsa

A chiusura dell'analisi concernente la natura solidale delle obbligazioni sopra analizzate e delle conseguenti interpretazioni derivanti dal legame tra le stesse e la rivalsa, pare fondamentale analizzare alcuni aspetti riguardanti il decreto attuativo 15 dicembre 2023, n. 232, in vigore dal 16 marzo 2024, disciplinante i profili assicurativi in ambito sanitario. Infatti, il citato decreto, dando attuazione alle previsioni contenute nella legge Gelli-Bianco, parrebbe introdurre importanti considerazioni in tema di solidarietà debitoria e di azionabilità delle pretese risarcitorie, ponendo come punto di riferimento per il sistema sanitario la presenza di una compiuta disciplina assicurativa volta alla tutela strutturale del danneggiato, attuando l'obbligo introdotto nel 2017 per le strutture sanitarie pubbliche e private di provvedere alla stipula di un contratto assicurativo volto a garantire la solvibilità del soggetto danneggiante. Nello specifico, per quanto di nostro interesse, preme sottolineare come l'art. 3, comma 3, del decreto attuativo dia concreta operatività alla previsione assicurativa disciplinata all'art. 10, c. 3, l. 24/2017, avente ad oggetto sia la disciplina di rivalsa delle strutture sanitarie, sia l'azione diretta del danneggiato nei confronti della compagnia assicurativa⁹⁸. Il citato decreto, quindi, rinviando al disposto di cui sopra, disciplina in ter-

⁹⁵ I. BORRIELLO, *Surroga e regresso nelle obbligazioni solidali*, in *Cammino Diritto*, 2020, p. 7.

⁹⁶ Cass. civ., 19 maggio 2008, n. 12691; Cass. civ., 19 febbraio 2003, n. 2469; Cass. civ., 9 marzo 1988, n. 2364.

⁹⁷ A. NEGRO, *L'esercizio della rivalsa*, in A. TODESCHINI (a cura di) *La responsabilità in medicina*, Milano, Utet Giuridica, 2023, pp. 1274 ss.

⁹⁸ L'analizzato art. 10, c. 3, l. 24/2017, in tema di obblighi assicurativi specifica che: «Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in

mini compiuti la previsione assicurativa: *«Per le coperture di cui all'articolo 10, comma 3 della Legge, l'assicuratore si obbliga a tenere indenne l'esercente la professione sanitaria presso la struttura, a qualunque titolo, per tutte le azioni di responsabilità amministrativa, rivalsa o surroga esercitate nei suoi confronti ai sensi e per gli effetti dell'articolo 9, commi 5 e 6 della Legge e, in caso di azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicuratore, ai sensi dell'articolo 12, comma 3 della Legge, ferme le limitazioni dell'articolo 13 della Legge. 4. L'esercente la professione sanitaria può essere garantito da idonea copertura assicurativa anche aderendo a convenzioni o a polizze collettive per il tramite delle strutture pubbliche o private, delle organizzazioni sindacali e delle rappresentanze istituzionali delle professioni sanitarie. L'esercente attività libero professionale può essere garantito da coperture stipulate direttamente dalla struttura».*

Per quanto concerne il profilo risarcitorio, nonché quello processuale, l'aspetto di maggior rilievo che emerge dalla recente riforma si individua sicuramente nella connessione tra l'attuazione dell'art. 10 e l'azionabilità diretta delle pretese dei danneggiati ex art. 12, l. 24/2017⁹⁹. Il c. 4 di quest'ultima disposizione così recita: *«Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata a norma del comma 1 è litisconsorte necessario la struttura medesima; nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione dell'esercente la professione sanitaria a norma del comma 1 è litisconsorte necessario l'esercente la professione sanitaria. L'impresa di assicurazione, l'esercente la professione sanitaria e il danneggiato hanno diritto di accesso alla documentazione della struttura relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del sinistro».* Si specifica come la presente disposizione trova vita solo successivamente all'introduzione del decreto attuativo in ambito assicurativo¹⁰⁰, potendo quindi modificare il regime processuale della rivalsa. Conseguentemente, qualora il soggetto danneggiato decidesse di agire direttamente contro l'assicuratore troverebbe applicazione il quarto comma della medesima disposizione, potendo quindi ipotizzare un litisconsorzio necessario come base di partenza del giudizio sulla responsabilità, causando, come diretta conseguenza dello stesso, la partecipazione nel medesimo giudizio del soggetto danneggiante.

strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave».

⁹⁹ Il peculiare regime che caratterizza l'azione diretta è, come detto, descritto nel citato art. 12, c. 1, l. 24/2017, il quale prevede che; *«Fatte salve le disposizioni dell'articolo 8, il soggetto danneggiato ha diritto di agire direttamente, entro i limiti delle somme per le quali è stato stipulato il contratto di assicurazione, nei confronti dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa alle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private di cui al comma 1 dell'articolo 10 e all'esercente la professione sanitaria di cui al comma 2 del medesimo articolo 10».*

¹⁰⁰ Proprio sul presupposto dell'entrata in vigore del decreto attuativo, con ordinanza del 26 agosto 2024, la Prima Sezione Civile del Tribunale di Milano ha ammesso l'esperimento dell'azione diretta del danneggiato nell'ambito dei giudizi di responsabilità sanitaria. In particolare, a fondamento di tale esito il Tribunale ha rilevato come l'implementazione del decreto dovesse intendersi quale "presupposto processuale" ai fini dell'operatività dell'azione diretta, non facendo riferimento, invece, *«alla necessità, sostanziale, dell'avvenuto previo adeguamento delle condizioni contrattuali, restando per il vero questo ambito confinato al merito (ove potrà essere esaminato compiutamente il tema delle eccezioni opponibili anche in relazione a contratti stipulati anteriormente alla entrata in vigore del decreto)».*

Il dettato normativo pare quindi riconoscere alla compagnia assicurativa l'azione di rivalsa nei confronti del danneggiante assicurato ex art. 12, c. 3¹⁰¹. Sul punto, si evidenzia come la giurisprudenza si stia muovendo in tempi recenti verso un pieno riconoscimento dell'operatività dell'azione diretta. Il Tribunale di Milano, con ordinanza del 26 agosto 2024, n. 17378/2024, ha riconosciuto la piena operatività dell'istituto introdotto dalla legge Gelli-Bianco, così esponendo: «*ritenuto infatti che l'azione diretta del danneggiato in ambito di responsabilità sanitaria... possa considerarsi allo stato operativa atteso che il decreto ministeriale menzionato nella norma risulta pubblicato in data 01/03/2024 (n. 232/2023) in esso essendo ricompresi proprio i requisiti minimi delle polizze assicurative come previsti dall'art. 10, comma 6 legge 24/2017 quale presupposto per l'azione diretta del danneggiato nei confronti della compagnia assicuratrice. Che la norma richiamata condiziona testualmente l'operatività della azione diretta alla entrata in vigore del decreto, quale presupposto processuale, e non fa riferimento alla necessità, sostanziale, dell'avvenuto previo adeguamento delle condizioni contrattuali*».

Il rapporto solidale intercorrente tra i sopra citati soggetti parrebbe quindi modificato, potendo divenire condizione necessaria per la successiva azione di rivalsa. Sul punto, la giurisprudenza di merito sta progressivamente assorbendo i nuovi indirizzi sopra citati (vedasi, a titolo esemplificativo, Tribunale di Como, sez. II, con sentenza del 10.01.2025, n. 16)¹⁰².

¹⁰¹ La disposizione prevede espressamente che «*L'impresa di assicurazione ha diritto di rivalsa verso l'assicurato nel rispetto dei requisiti minimi, non derogabili contrattualmente, stabiliti dal decreto di cui all'articolo 10, comma 6*».

¹⁰² Il giudice ha affrontato vari aspetti concernenti la solidarietà debitoria e la possibile rivalsa dell'assicuratore in surrogazione dei diritti della struttura assicurata ex art. 1916 c.c., in particolare nel diritto di regresso vantato ex art. 2055 c.c., comma 2. Nel caso preso in esame, la compagnia assicurativa della struttura ove prestava attività un medico decideva di esercitare la rivalsa nei confronti di quest'ultimo per ottenere il rimborso delle somme dalla stessa versate agli eredi di un paziente defunto durante un intervento chirurgico, i quali avevano ottenuto, in altro procedimento, il risarcimento del danno agendo avverso la struttura stessa. Durante il processo si sono successivamente costituiti in giudizio il medico danneggiante e la compagnia assicurativa di quest'ultimo, chiamata in causa in manleva dello stesso. Il procedimento si è quindi concluso con il rigetto della domanda di parte attorea, stante la comprovata assenza di colpa grave in capo al medico ex art. 9, l. 24/2017, specificando come debba incombere sull'assicurazione l'onere della prova circa la sussistenza sia della responsabilità del convenuto per il danno subito dai congiunti del paziente defunto, sia della gravità della colpa che ne avrebbe connotato la condotta. Nello specifico, il Tribunale rilevava come nel giudizio di surrogazione proposto dall'assicuratore nei confronti del terzo responsabile, «*il primo assume la medesima posizione che, in un giudizio di danno, avrebbe assunto il danneggiato, sicché su di lui integralmente incombe l'onere della prova che sarebbe gravato sul quest'ultimo (cfr., Cass. n. 21218/2022)*. Come accennato, il giudice ha avvalorato la mancanza di sufficiente prova circa la condotta gravemente colposa in capo al medico; infatti, il Tribunale riporta come «*deve quindi concludersi che la condotta del medico convenuto di procedere con la "staplerata", per contenere l'emorragia in corso, fosse conforme alle linee guida e buone pratiche terapeutiche e l'errore possa tuttalpiù essere consistito in una inadeguata attuazione delle predette regole tecniche, poiché, procedendo, il chirurgo indebitamente coinvolse nell'occlusione un vaso prossimo a quello da chiudere. Tuttavia, ritiene il Tribunale che anche una condotta siffatta, pur ove considerata imperita, non possa essere considerata gravemente imperita considerata la vicinanza dei vasi (quello da occludere e quello accidentalmente coinvolto), la visibilità non completa, considerate le modalità operatorie, e, comunque, la necessità di intervenire prontamente in ragione della perdita ematica in corso, circostanze che non consentono di reputare, in mancanza di alcun elemento probatorio di segno contrario, nemmeno offerto dall'attrice, come inescusabile e grossolano l'errore di esecuzione del chirurgo*». Il giudice ha quindi posto l'attenzione sull'assenza di un errore grossolano, data la situazione emergenziale che il medico convenuto è stato chiamato a dover affrontare e le modalità operatorie che non hanno permesso di avere una piena contezza della situazione concreta. Sul punto, quindi, il giudice di prime

Per quanto di nostro interesse, si rileva come il rapporto tra medico danneggiante e struttura sanitaria sia di natura prettamente sostanziale. Nel processo quivi citato, l'assicuratore della struttura ha agito in rivalsa nei confronti del medico per recuperare parte dell'esborso dallo stesso sostenuto per coprire le spese risarcitorie che la struttura, sua assicurata, ha dovuto versare *ex art. 7 l. 24/2017* agli eredi del defunto paziente. L'azione esperita dalla compagnia si colloca quindi, per espressa dichiarazione di parte attrice, nelle more della surrogazione *ex art. 1916 c.c.* a norma del quale «*L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili*», ove il terzo è pacificamente individuato nel medico danneggiante¹⁰³. Il rapporto processuale sorto trova la propria base nella generica disposizione sopra richiamata, essendo la stessa esperibile dagli assicuratori che abbiano precedentemente risarcito il danneggiato in luogo della struttura ospitante il medico. Appare quindi rilevante come il rapporto solidale richiamato anche dal giudice *ex art. 2055 c.c.* permetta alla compagnia di agire in luogo della struttura sulla base di un vincolo solidale intercorrente tra quest'ultima e il medico ivi operante, e non in forza del precedente giudizio risarcitorio. A chiusura della presente disamina, si pone attenzione alla recente decisione della Corte Costituzionale 25.11.2025, n. 170, con la quale il giudice delle leggi si è pronunciato sulla illegittimità costituzionale dell'art. 83 c.p.p., con la quale si ravvisa una disparità di trattamento, ai sensi dell'art. 3 Cost., tra l'imputato nel processo penale, al quale l'art. 83 c.p.p. non consente la chiamata del responsabile civile, e il convenuto in sede civile, che può invece chiamare in garanzia il proprio assicuratore ai sensi degli artt. 1917, ultimo comma, c.c. e 106 c.p.c. Nello specifico, la Corte, fondando il ragionamento sulle celebri pronunce n. 112 del 1998 e n. 159 del 2022, relative rispettivamente all'assicurazione obbligatoria per r.c.a. e all'assicurazione obbligatoria per l'attività venatoria, riconosce che quando la legge civile prevede un'assicurazione obbligatoria assistita da azione diretta del danneggiato, l'assicuratore assume la qualità di responsabile civile ai sensi dell'art. 185, secondo comma, c.p.¹⁰⁴. Con riferimento al medico operante nell'ambito dell'organizzazione della struttura sanitaria (c.d. medico strutturato), assume rilievo l'assicurazione obbligatoria po-

cure non ha escluso la colpa del medico, rigettando la domanda dello stesso di condannare la propria assicurazione al rimborso delle spese legali e peritali del giudizio, riconoscendo quindi la lieve entità dell'imperizia posta in essere dal medesimo professionista sanitario. Quindi, ai fini della responsabilità solidale di cui all'art. 2055 c.c., pare fondamentale individuare un fatto che possa essere concretamente attribuibile alle condotte di più persone; infatti, la giurisprudenza e la dottrina sono concordi nel ritenere che le condotte lesive non debbano necessariamente condividere la medesima natura giuridica, potendo anche giungere da titoli di responsabilità differenti. Per una maggiore disamina del tema quivi affrontato, si rinvia a R. BALDINI, *L'unitarietà del fatto dannoso quale unico requisito ai fini della responsabilità solidale ex art. 2055 cc: ovvero, sull'irrelevanza dell'identità del titolo di responsabilità e delle norme giuridiche violate*, in A. D'ANGELO, V. ROPPO (a cura di) *Annuario del Contratto 2022*, Torino, Giappichelli, 2023, pp. 284-290.

¹⁰³ L. MUTTINI, *Appunti in tema di surrogazione dell'assicuratore ex art. 1916 cc, ed eccezioni opponibili dal terzo responsabile*, in *Osservatorio del diritto civile e commerciale*, 2024, pp. 170-180.

¹⁰⁴ La garanzia assicurativa assolve quindi ad una duplice funzione; da un lato, tutela il danneggiato, assicurandogli un soggetto solvibile, e, dall'altro, tutela l'assicurato, garantendogli una tutela delle pretese risarcitorie. L'esclusione, nel processo penale, della facoltà per l'imputato di chiedere la citazione dell'assicuratore determina una ingiustificata di-

sta a carico della struttura ai sensi dell'art. 10, comma 1, terzo periodo, della legge n. 24 del 2017, qualificabile come assicurazione per conto altrui ai sensi dell'art. 1891 c.c. In tale contesto, la Corte costituzionale ha ritenuto che l'imputato debba essere posto nella condizione di richiedere la citazione nel processo penale dell'impresa assicuratrice che presta la copertura alla struttura sanitaria di appartenenza. In via consequenziale, la Corte ha esteso tale conclusione anche all'assicurazione obbligatoria gravante sul medico libero professionista ai sensi dell'art. 10, comma 2, della medesima legge. Questa forma assicurativa è infatti imposta dalla legge, svolgendo una funzione di garanzia non limitata alla tutela dell'assicurato, ma estesa anche alla protezione degli interessi del danneggiato e alla sostenibilità del sistema risarcitorio. Ne consegue che anche il professionista sanitario esercente in regime libero professionale deve poter chiedere la citazione dell'assicuratore nell'ambito del processo penale. La decisione unisce pertanto la facoltà di chiamata in causa dell'impresa assicuratrice all'esistenza di un obbligo assicurativo previsto dall'art. 10 della legge n. 24 del 2017, secondo una logica di simmetria tra il soggetto tenuto alla stipula della copertura e la titolarità del corrispondente potere processuale. In questa prospettiva, mentre per il medico strutturato il riferimento è all'assicurazione obbligatoria stipulata dalla struttura sanitaria ai sensi del comma 1, terzo periodo, per il medico libero professionista rileva l'assicurazione obbligatoria prevista dal comma 2 della medesima disposizione. Rimangono invece estranee all'ambito applicativo della pronuncia le eventuali coperture assicurative stipulate dalla struttura sanitaria che non siano riconducibili alle fattispecie obbligatorie tipizzate dall'art. 10 della legge n. 24 del 2017, come potrebbe accadere con riguardo a professionisti sanitari che operano al di fuori dell'organizzazione della struttura e per i quali l'obbligo assicurativo grava direttamente sul professionista ai sensi del comma 2. Tuttavia, la sentenza non prende espressamente in considerazione l'eventualità di ulteriori polizze stipulate dalla struttura sanitaria a copertura di fatti imputabili a professionisti operanti in regime autonomo e non inseriti stabilmente nell'organizzazione aziendale. La declaratoria di illegittimità costituzionale risulta infatti costruita con esclusivo riferimento alle assicurazioni obbligatorie previste dalla legge, caratterizzate dall'esistenza dell'azione diretta e dalla peculiare funzione plurima della garanzia assicurativa. Al di fuori di tali ipotesi, viene meno il presupposto normativo che ha consentito alla Corte di intervenire in via additiva, con la conseguenza che le ulteriori forme di copertura assicurativa non possono ritenersi automaticamente ricomprese nell'ambito applicativo della pronuncia¹⁰⁵.

sparità rispetto al giudizio civile, compromettendo l'effettività della garanzia in ragione della sola scelta del danneggiato circa la sede processuale.

¹⁰⁵Nello specifico, la corte riconosce come «anche al medico "strutturato", contro il quale sia esercitata un'azione risarcitoria mediante costituzione di parte civile nel processo penale, deve essere riconosciuta la facoltà di chiedere la citazione dell'impresa di assicurazione che presta la copertura assicurativa alla struttura sanitaria di appartenenza, come responsabile civile. In mancanza, l'effettività della duplice funzione di garanzia del rapporto assicurativo», instaurato ai sensi dell'art. 10, comma 1, della legge n. 24 del 2017, rimarrebbe «compromessa, secondo la scelta del danneggiato riguardo alla sede processuale in cui far valere le proprie pretese, con conseguente violazione dell'art. 3 Cost. (sentenza

6. Conclusioni

L'ordinamento italiano è caratterizzato dalla presenza di plurimi istituti caratterizzanti il regime della responsabilità civile. Il panorama giuridico del diritto sanitario, in legame con l'aspetto risarcitorio del danno, viene inserito all'interno di molteplici discipline, spaziando dagli istituti posti a fondamento del danno cagionato dai singoli esercenti la professione, ovvero dalle strutture sanitarie, al profilo processuale ad esso conseguente. Per quanto concerne il primo aspetto, il diritto sanitario si pone come ago della bilancia, oscillando tra il profilo civilistico del danno (si pensi all'aspetto del danno morale e/o biologico) e l'aspetto penalistico di natura colposa, soprattutto in riferimento al complesso tema dell'elemento soggettivo (imperizia, negligenza e imprudenza, così come delineato dall'art. 590-*sexies* c.p.). Per quanto concerne il secondo punto, invece, il principale elemento è ravvisabile sicuramente nelle controversie giudiziali che debbono interessare i plurimi soggetti, legati tra loro da vincoli di differente portata. Si pensi all'analizzato istituto della rivalsa, il quale si distingue nettamente da quello afferente al mero regresso sotto molteplici punti di vista; quest'ultimo, come noto, viene utilizzato in riferimento alla possibile azione esercitabile dal condebitore che, nonostante la presenza di più soggetti debitori, abbia adempiuto l'intera prestazione oggetto del rapporto obbligatorio, estinguendo la stessa e maturando quindi il diritto di regresso per le quote parti del debito di spettanza di ciascun condebitore¹⁰⁶. Nella teoria generale del diritto si suole parlare quindi di regresso allorché la fonte dell'azione promossa dal soggetto che intende recuperare in tutto o in parte il denaro speso è individuabile nella legge. La rivalsa, all'opposto, trova quale propria fonte il contratto disciplinante i rapporti tra i soggetti resisi responsabili direttamente ovvero indirettamente del nocimento cagionato. Risulta parimenti importante sottolineare come nella prassi quotidiana tale distinzione non è sempre pacifica; infatti, i diritti contrattuali vengono spesso regolati dalla legge, sicché il termine "rivalsa" assume un connotato semantico generico, differente rispetto a quello disciplinante l'azione quivi esaminata. Quest'ultima si presenta quindi come uno strumento di fondamentale importanza per garantire un equilibrio economico-giuridico conseguente alla commissione di un sinistro in ambito sanitario. Infatti, se da un lato l'azione di rivalsa permette alle strutture sanitarie un rientro dell'ammontare pagato al paziente a titolo di risarcimento del danno, dall'altro la stessa non introduce un regime eccessivamente gravoso nei confronti dell'esercente la professione sanitaria che ne sarà destinatario. La predisposizione di importanti tutele al diritto di difesa, come la possibile partecipazione al giudizio precedente di responsabili-

n. 159 del 2022) ». Per una maggiore disamina si veda F. LAUS, *Corte Costituzionale, Sentenza n. 170/2025, Illegittima l'esclusione della citazione dell'assicuratore sanitario nel processo penale su richiesta dell'imputato*, in *Federalismi.it – Focus: Osservatorio di diritto sanitario*, in <https://federalismi.it/nv14/articolo-documento.cfm?Artid=52818>, 2026.

¹⁰⁶ Così la disposizione di cui all'art. 1299 c.c.; «*Il debitore in solido che ha pagato l'intero debito può ripetere dai condebitori soltanto la parte di ciascuno di essi*».

tà, nonché le limitazioni all'importo esigibile dal professionista, permettono all'azione di rivalsa di presentarsi come uno strumento equilibrato e autonomo, non essendo lo stesso legato a nessun decreto attuativo¹⁰⁷.

Per quanto concerne il tema centrale del presente lavoro, ossia la problematica relazione tra le obbligazioni risarcitorie e la successiva rivalsa, si rileva che dallo studio della normativa specifica di settore, nonché dalla disamina della disciplina civilistica in materia di obbligazioni solidali, appare chiaro come ai fini dell'esercizio dell'azione di rivalsa non sia necessario agire in risarcimento nei confronti di entrambi i soggetti debitori, struttura e medico, essendo sufficiente la prospettata solidarietà sostanziale che lega questi ultimi¹⁰⁸. Infatti, come visto in apertura, il rapporto tra medico e struttura è insito nell'attività espletata a favore del singolo paziente, sicché la solidarietà derivante dall'obbligazione di risarcimento del danno si riconosce a prescindere dai differenti titoli di responsabilità¹⁰⁹. Infatti, se da un lato l'esercente la professione diviene debitore *ex art.* 2043 c.c. per il risarcimento derivante dal fatto illecito, dall'altro la struttura appare corresponsabile per il fatto dell'ausiliario, non essendo legata dal rapporto committente-commesso *ex art.* 2049 c.c.¹¹⁰. La responsabilità del professionista trova quindi come propria fonte la medesima situazione di fatto che obbliga la struttura sanitaria al risarcimento del danno, stante la consumazione di quest'ultimo nelle more del programma strutturato di cura e assistenza obbligatoria della struttura ospedaliera, non essendo l'art. 1228 c.c. un'ipotesi di responsabilità oggettiva¹¹¹. Da questo particolare rapporto deriva quindi un'obbligazione solidale di tipo sostanziale tra medico e struttura, avente ad oggetto il risarcimento del danno a favore del paziente danneggiato. Ancora, tale rapporto, a norma dell'art. 9, c. 2, l. 24/2017, vincola i danneggiati esclusivamente dal punto di vista sostanziale, «*se l'esercente la professione sanitaria*

¹⁰⁷ G. M. VERGALLO, *La Nuova Responsabilità Medica dopo la Riforma Gelli-Bianco*, Napoli, Dike Giuridica, 2017, pp. 140 ss.

¹⁰⁸ E. VILLA, *I nuovi confini della responsabilità solidale*, in *LABOR*, 2018, pp. 539-552.

¹⁰⁹ L'obbligazione di risarcimento del danno derivante da errore medico può trovare origine, come già ampiamente visto, da titoli differenti di responsabilità, sia di natura contrattuale che extracontrattuale. Infatti, la differente natura di tali titoli non osta alla solidarietà debitoria. Sul punto la giurisprudenza della cassazione afferma «*Sussiste la responsabilità solidale, ai sensi dell'art. 2055 c.c., anche tra soggetti obbligati per titoli diversi, purché abbiano concorso, con azione od omissione, a causare il medesimo evento dannoso*».

¹¹⁰ L'art. 2049 del codice civile stabilisce che i padroni e i committenti sono responsabili per i danni arrecati dai loro dipendenti o ausiliari nell'esercizio delle incombenze a loro affidate. La norma tutela l'affidamento dei terzi e si basa sul principio secondo cui chi trae vantaggio dall'attività di altri deve anche rispondere dei danni da essa derivanti. La corte di cassazione con sentenza n. 22058 del 22 settembre 2017 ha stabilito che in tema di responsabilità oggettiva «*In tema di responsabilità dei padroni e committenti per il fatto del dipendente ex art. 2049 c.c., non è necessario che tra le mansioni affidate all'autore dell'illecito e l'evento sussista un nesso di causalità diretto, essendo sufficiente che ricorra un rapporto di occasionalità necessaria, nel senso che le incombenze assegnate al dipendente abbiano reso possibile o comunque agevolato il comportamento produttivo del danno al terzo*».

¹¹¹ L'art. 1228 del codice civile disciplina la responsabilità del debitore per il fatto degli ausiliari, stabilendo che «*il debitore risponde delle colpe dei terzi di cui si avvale nell'adempimento, come se fossero proprie*». Non si tratta di responsabilità oggettiva, perché la norma presuppone sempre un comportamento colposo dell'ausiliario e si fonda sull'imputazione soggettiva al debitore di quella condotta. In altre parole, il debitore non è responsabile per il solo fatto che il danno si sia verificato, ma perché si presume che abbia scelto o diretto l'ausiliario, assumendosi il rischio della sua condotta colposa.

non è stato parte del giudizio o della procedura stragiudiziale di risarcimento del danno, l'azione di rivalsa nei suoi confronti può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto pagamento», non essendo al tempo stesso vincolante la partecipazione del sanitario nel giudizio di responsabilità. Tale assunto, in combinato disposto con il seguente comma 3¹¹², riconosce la piena libertà del giudizio di rivalsa, escludendo che la qualifica di litisconsorte necessario in capo alla struttura e al medico possa essere condizione necessaria per l'eseribilità dell'azione stessa.

A conferma di tale assunto, il fondamento dell'azione di rivalsa non deve essere ricercato nella sentenza di condanna né nell'art. 9 della l. 24/2017, ma nel rapporto interno tra i coobbligati solidali. L'adempimento integrale dell'obbligazione risarcitoria da parte della struttura non crea tale rapporto, ma ne rende concretamente esercitabili gli effetti, consentendo l'esercizio della rivalsa nei confronti del professionista. Tale legame, che quindi non si fonda sull'art. 2049 c.c., non può essere considerato un'ipotesi di responsabilità oggettiva. Infatti, la responsabilità contrattuale della struttura ex art. 1228 c.c. trova pur sempre origine nella condotta dolosa ovvero gravemente colposa del singolo professionista sanitario, sicché la successiva azione di rivalsa deve necessariamente avere quale presupposto il nesso causale tra condotta del sanitario e danno da esso cagionato. Al contempo, appare fondamentale non dimenticare le recenti novità del settore introdotte dal decreto 15 dicembre 2023, n. 232, sulla base delle quali, per quanto di odierno interesse, si potrebbe ipotizzare un'azione diretta da parte del danneggiato nei confronti dell'assicuratore¹¹³ e, successivamente, la nascita in capo a quest'ultimo dell'azione di rivalsa avverso il danneggiante in surrogazione dei diritti. Infatti, la giurisprudenza ha da tempo riconosciuto la piena operatività dell'azione di rivalsa anche in capo alla compagnia assicurativa che, in forza dell'art. 1916 c.c., si sia surrogata del diritto di regresso ex art. 2055 c.c. proprio della struttura sanitaria assicurata¹¹⁴. Questo indirizzo subisce quindi un'importante variazione a seguito dell'entrata in vigore del sopra citato decreto attuativo che, per l'appunto, permet-

¹¹²Il disposto di cui all'art. 9, c. 3, specifica che; *«La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o sociosanitaria o contro l'impresa di assicurazione non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio».*

¹¹³Tribunale Milano, ordinanza 26 agosto 2024, n. 17378/2024; Tribunale di Cagliari, ordinanza 30 luglio 2024, n. 15464/2024.

¹¹⁴In tema di assicurazioni, la legge Gelli-Bianco ha inteso modificare integralmente il regime giuridico precedente, introducendo degli obblighi assicurativi particolarmente stringenti e puntuali; l'art. 10 ha disegnato un quadro particolarmente stringente. Da un lato, la struttura sanitaria ha l'obbligo di assicurarsi sia per i danni direttamente ad essa imputabili, sia per quelli derivanti dalle condotte dei soggetti ivi operanti, e, dall'altro, i singoli professionisti saranno vincolati ad adottare un'assicurazione per i danni derivanti dal proprio operato e imputabili al dolo o alla colpa grave *«Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera... anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private».* Ancora, comma 3 *«Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave».*

te al singolo paziente di agire direttamente avverso l'assicuratore, non essendo necessario il previo esperimento del giudizio di responsabilità, trovando conseguentemente vita il regime litisconsortile previsto nel comma 4 della stessa disposizione.

In conclusione, a seguito dell'entrata in vigore del sopra citato istituto, si riconoscerebbe una maggiore celerità sia nella procedura di risarcimento che in quella di rivalsa in surrogazione *ex art. 1916 c.c.* Sulla base di quanto sopra emerso, si ritiene che la rivalsa prevista dall'art. 9 della l. 24/2017, pur presentando una disciplina speciale e limiti propri rispetto al regresso disciplinato dal codice civile, continui a trovare il proprio fondamento civilistico nei principi generali che regolano i rapporti interni tra coobbligati. In tale prospettiva, la solidarietà passiva non costituisce il titolo dell'azione, bensì la categoria giuridica attraverso la quale è possibile ricostruirne il fondamento sostanziale, giustificando la redistribuzione interna del costo del risarcimento tra i soggetti obbligati. Le novità introdotte, in combinato con il difficile rapporto sopra esaminato tra solidarietà debitoria e regresso, permettono di disegnare un quadro di non semplice trattazione, in attesa dell'intervento decisivo della giurisprudenza di legittimità, che potrebbe dare chiarezza alle zone grigie emerse dalla presente disamina, ed in parte già affrontate dai giudici di merito¹¹⁵.

¹¹⁵Corte d'Appello di Palermo, 25 febbraio 2026, n. 504. La pronuncia valorizza in modo significativo il principio dell'unitarietà del fatto generatore del danno, individuando nell'errore del sanitario il comune presupposto fattuale delle responsabilità concorrenti del medico e della struttura sanitaria. La condotta colposa dell'esercente la professione sanitaria non viene infatti considerata quale evento autonomo rispetto all'inadempimento della struttura, ma come il medesimo fatto storico che, da un lato, integra la responsabilità professionale del sanitario e, dall'altro, fonda la responsabilità della struttura quale soggetto organizzatore ed erogatore della prestazione sanitaria. Ne consegue che il danno da malpractice si configura come evento unitario imputabile a più soggetti in ragione di differenti titoli di responsabilità. Sotto il profilo sistematico, la soluzione adottata dalla Corte si inserisce nel tradizionale modello ricostruttivo che distingue la responsabilità contrattuale della struttura da quella del sanitario. Tuttavia, la decisione appare particolarmente significativa nella misura in cui sposta l'attenzione dalla diversità dei titoli di responsabilità alla comune riconducibilità del danno ad un unico fatto lesivo, ritenuto sufficiente per l'applicazione del regime della responsabilità solidale. In tale prospettiva, non assume rilievo decisivo l'accertamento di autonome carenze organizzative o di specifici profili di colpa della struttura, essendo sufficiente che la condotta dannosa del professionista si sia verificata nell'ambito dell'attività sanitaria da essa organizzata ed erogata. Il profilo di maggiore interesse risiede nello stretto collegamento logico-giuridico che la Corte instaura tra l'accertamento della colpa del sanitario e l'affermazione della responsabilità della struttura. Quest'ultima risponde infatti in forza del meccanismo di imputazione previsto dagli artt. 1218 e 1228 c.c., senza che sia necessaria la prova di ulteriori e distinti elementi di responsabilità organizzativa. Una simile impostazione risulta coerente con la consolidata elaborazione giurisprudenziale che considera la struttura sanitaria quale centro di imputazione del rischio connesso all'attività medica svolta al suo interno.

In tale contesto, il vincolo solidale assume una funzione centrale. L'unità del fatto dannoso comporta che struttura e sanitario siano tenuti al risarcimento dell'intero pregiudizio subito dal paziente, secondo lo schema delineato dall'art. 2055 c.c., con un evidente rafforzamento della tutela del danneggiato, il quale può rivolgersi indifferentemente all'uno o all'altro debitore per ottenere l'integrale soddisfazione della propria pretesa risarcitoria. La decisione conferma così un orientamento volto a privilegiare l'effettività della protezione del paziente e la semplificazione del quadro probatorio, consolidando ulteriormente il principio secondo cui, nell'ambito della responsabilità sanitaria, l'errore del medico costituisce il nucleo comune delle responsabilità concorrenti della struttura e del professionista, indipendentemente dalla diversità dei rispettivi titoli di imputazione.