

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
SEZIONE TERZA CIVILE

(omissis)

ORDINANZA

(Omissis)

1.- YYY propone ricorso per cassazione articolato in due motivi nei confronti della AUSL Romagna, già AUSL Ravenna, e di XX., quali eredi del dott. XY., per la cassazione della sentenza n. 1849 del 2021 della Corte d'Appello di Bologna, pubblicata il 20 luglio 2021 e non notificata.

2. – Resiste l'AUSL Romagna con controricorso.

3. – Questa la vicenda giudiziaria, per quanto ancora di interesse.

Il Tribunale di Ravenna accoglieva la domanda di YYY per il risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale in relazione alla morte della madre, avvenuta per cause naturali allorché si trovava alloggiata all'hotel (Omissis) di R e condannava il dottor XY. in solido con l'azienda Usl di Ravenna al pagamento nei suoi confronti di Euro 230.000, accertato che il dottor XY., chiamato dal personale dell'albergo perché la signora, ospite della albergo ed affetta da anni da un grave quadro di affezioni ai polmoni ed anche da una complessa patologia psichiatrica cronicizzata trattata con farmaci psicoattivi, aveva un malore, si limitava nel corso delle due visite effettuate a distanza di qualche giorno l'una dall'altra, a prescrivere alcuni farmaci senza disporre il ricovero per accertamenti diagnostici e clinici che avrebbero potuto evitare la morte della paziente, verificatasi lo stesso giorno della seconda visita, mentre era ancora ospite dell'albergo.

3.1. – Il Tribunale condannava in solido con il professionista la Ausl di Ravenna, per la quale il dottor XY. operava in regime di convenzione, riconoscendo che il medico era intervenuto su richiesta del personale dell'albergo prestando assistenza alla signora nella qualità di medico convenzionato con il SSN, avendo la stessa diritto all'assistenza sanitaria pubblica locale, in quanto si trovava temporaneamente al di fuori del suo Comune di residenza.

3.2. – Proponeva appello la Ausl, che ribadiva l'eccezione di difetto di legittimazione passiva già formulata in primo grado, sostenendo che il XY. aveva prestato la sua attività professionale in favore della paziente a titolo libero professionale, non all'interno della struttura sanitaria ma in quanto chiamato ad intervenire a domicilio dai dipendenti dell'albergo e quindi che l'attività svolta non fosse in alcun modo imputabile alla Ausl a titolo di responsabilità solidale della struttura sanitaria per i danni eventualmente provocati dal medico convenzionato.

In subordine, chiedeva che fosse accolta la sua domanda di regresso verso il medico.

3.3. – A questo giudizio era riunito il giudizio di appello proposto dallo stesso XY., che chiedeva il rigetto della domanda nei suoi confronti e comunque contestava l'eccessività dell'ammontare del danno liquidato.

3.4. – Riuniti i due appelli la Corte d'Appello rinnovava la CTU e, sulla base delle risultanze di entrambe le consulenze, confermava la responsabilità del dottor XY., consistente nell'aver sottovalutato il quadro clinico della paziente e nel non aver disposto l'invio della stessa al più vicino pronto soccorso ospedaliero dove sarebbero stati effettuati gli approfondimenti diagnostici adeguati che ne avrebbero con maggior grado di probabilità evitato il decesso. Confermava la quantificazione del danno. Riteneva fondato l'appello della Ausl, affermando la carenza di legittimazione passiva della struttura sanitaria in mancanza di prova che l'attività professionale svolta dal medico fosse inseribile all'interno del rapporto di convenzionamento con la AUSL, e pertanto rigettava la domanda proposta dal figlio della vittima nei confronti della Azienda unità sanitaria locale, ponendo a carico dei soli eredi del dottor XY., nel frattempo deceduto, l'obbligo di risarcire il danno.

4. – Entrambe le parti hanno depositato memorie.

5. – La causa è stata avviata alla trattazione in camera di consiglio, all'esito della quale il collegio ha riservato il deposito della decisione nei successivi 60 giorni.

RAGIONI DELLA DECISIONE

1.- Con il primo motivo il YYY denuncia la violazione e falsa applicazione dell'articolo 1228 c.c. e della legge n. 833 del 1978, in particolare degli articoli 1, 14, 19 e 25 nonché dell'articolo 57 dell'Accordo Collettivo Nazionale di categoria, dell'articolo 32 della Costituzione e degli articoli 115 e 116 c.p.c.

Sostiene che avrebbe errato la sentenza di appello laddove ha escluso che il dottor XY., nel momento in cui aveva visitato presso l'albergo dove la stessa era ospite per un soggiorno la defunta signora Mo., avesse agito nell'ambito del suo rapporto di convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, denuncia la violazione dell'articolo 19, quarto comma, della legge n. 833 del 1978, che prevede che gli utenti del SSN hanno diritto di accedere in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale; rileva quindi che, nella situazione di fatto verificatasi, in cui la signora era temporaneamente ospite per un soggiorno termale dell'albergo sito in R, fuori dalla sua ASL di appartenenza, il dottor XY. era il medico della Asl locale che i dipendenti dell'albergo avevano chiamato per intervenire con visita domiciliare, come è previsto che i medici del Servizio Sanitario Nazionale possano fare a vantaggio dei pazienti perché la situazione in cui versava la paziente lo consentiva, essendo una utente del SSN provvisoriamente fuori dal suo domicilio abituale e non emergendo alcun rapporto di conoscenza tra le persone, né la percezione di un compenso da parte del XY. né alcun altro elemento che giustificasse la ricostruzione del rapporto in termini di rapporto libero professionale.

Il ricorrente richiama altresì l'articolo 57 comma due dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale, che prevede che i medici prestino la propria opera in favore dei cittadini che, trovandosi eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, ricorrono all'opera del medico e il successivo comma 3 che stabilisce che le visite di cui al comma precedente sono compensate direttamente dall'assistito sulla base di tariffe individuate dall'accordo stesso.

Sussisteva quindi il diritto della vittima di fruire delle prestazioni del servizio sanitario nazionale anche nel luogo di sua temporanea dimora, che erano state svolte dal XY., medico convenzionato con la ASL, da cui discendeva la responsabilità della ASL per fatto del proprio ausiliario.

2. – Con il secondo motivo il ricorrente denuncia la violazione e falsa applicazione degli articoli 1228 e 2697 c.c. nonché la violazione degli articoli 113 e 115 c.p.c. e il vizio di motivazione.

Censura il punto della sentenza impugnata nel quale è stato affermato che l'attore non abbia provato che la prestazione erogata dal XY. fosse da inquadrare nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale piuttosto nel rapporto libero professionale.

Sostiene di aver adempiuto l'onere probatorio a suo carico, avendo provato l'esistenza del contatto sociale tra il medico che operava nella struttura sanitaria locale e la paziente, benché verificatosi fuori dai locali della struttura sanitaria, e di aver provato anche che la signora era temporaneamente ospite di un albergo fuori della sua regione di residenza, trovandosi quindi nelle condizioni per fruire dell'assistenza medico generica da parte dell'Asl territorialmente competente.

Evidenzia invece che la Corte d'Appello avrebbe ribaltato gli oneri probatori quanto alla natura del rapporto instauratosi, perché, provato il contatto sociale con medico della Asl nelle predette condizioni legittimanti la fruizione della prestazione erogata dalla UsI benché fuori dall'ambito territoriale di residenza della paziente, incombeva sulla ASL l'onere di provare che il rapporto si fosse instaurato, e la prestazione fosse stata erogata dal medico esclusivamente come libero professionista.

3. – Entrambi i motivi sono fondati e possono essere esaminati congiuntamente per l'evidente connessione.

Va premesso che è principio ormai consolidato nella giurisprudenza di questa Corte che la ASL è responsabile, ai sensi dell'art. 1228 c.c., del fatto colposo del medico di base, convenzionato con il SSN, essendo tenuta per legge – nei limiti dei livelli essenziali di assistenza – ad erogare l'assistenza medica generica e la relativa prestazione di cura, avvalendosi di personale medico alle proprie dipendenze o in rapporto di convenzionamento ([Cass. n. 14846 2024](#), [Cass. n. 6243 2015](#)).

L'affermazione si fonda sulla norma fondamentale di cui all'art. 25, comma 3, legge n. 833 del 1978 ("l'assistenza medicogenerica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino").

Il soggetto pubblico, per l'adempimento dell'obbligazione di fornire l'assistenza medico-generica cui per legge è obbligato, si vale dell'opera del terzo, cioè di un esercente la professione sanitaria il quale non è dipendente del soggetto obbligato, ma costituisce personale "convenzionato" (in alternativa a quello "dipendente", secondo l'indicazione fornita dall'art. 25, comma 3, legge n. 833 del 1978).

Trattasi, come precisa Cass. n. 14846 del 2024, di una fattispecie di responsabilità, identificata in sede interpretativa dalla giurisprudenza, che è stata poi recepita dal legislatore con l'art. 7 legge n. 24 del 2017 ("1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e

1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose. 2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina"), secondo una linea di continuità fra l'interpretazione giurisprudenziale dell'ordinamento ed il successivo intervento legislativo, quale argomento ex post a sostegno della detta interpretazione (il primo comma del citato articolo 7 stabilisce chiaramente la correlazione fra la collocazione lavorativa dell'esercente ed il titolo di responsabilità per il dipendente vale l'art. 1218, per il non dipendente l'art. 1228).

Trattasi quindi di una ipotesi di responsabilità diretta della ASL, per fatto del proprio ausiliario.

La peculiarità della fattispecie in esame è che il comportamento del medico denunciato come fonti di danni per la paziente non è stato tenuto dal medico di base della defunta signora Mo.. Sono queste le ipotesi che, finora, hanno condotto alla affermazione della responsabilità della ASL nei termini predetti, in cui cioè il rapporto tra paziente che fruisce del SSN e medico convenzionato, è un rapporto di durata che si instaura a mezzo della libera scelta del proprio medico di base, effettuata dall'utente iscritto al S.S.N. in un novero di medici già selezionati nell'accesso al rapporto di convenzionamento e in un ambito territoriale delimitato, rapporto inquadrato nell'ambito dei rapporti di lavoro autonomo "parasubordinati".

Nel caso di specie, invece, il dottor XY. non era il medico di base della defunta signora Mo., che si trovava, ospite di una struttura alberghiera, a centinaia di chilometri dal suo luogo di residenza.

L'inquadrabilità del rapporto svolto nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, e di conseguenza la configurabilità anche in questo caso di una responsabilità, diretta, della struttura sanitaria per il fatto del medico convenzionato suo ausiliario ha un suo autonomo fondamento normativo, che si rinviene nel quarto comma dell'art. 19 della legge n. 833 del 1978, che prevede "Gli utenti hanno diritto di accedere, per motivate ragioni o in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale."

Come poi previsto dagli Accordi Collettivi nazionali di categoria, il medico convenzionato non è obbligato a prestare la propria opera in regime di assistenza diretta ai cittadini non residenti (che non siano suoi assistiti), ma se accetta di prestarla, in favore appunto dei cittadini che si trovino eccezionalmente al di fuori del proprio Comune di residenza, eroga una prestazione che si inquadra nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, per la quale peraltro può ricevere anche un compenso, tariffato dall'accordo collettivo e in relazione alla quale la Ausl è responsabile per l'attività svolta dal medico, che si inquadra nell'ambito delle prestazioni del SSN erogate da medico con esso convenzionato in favore dei pazienti.

Tutto ciò premesso, e ritenuto che emergesse pacificamente che la signora Mo. si trovava ospite della struttura alberghiera per un soggiorno turistico e termale, che la stessa ebbe un malore, che fu chiamato un medico convenzionato con la ASL che visitò in due diverse occasioni la paziente prescrivendo una terapia, cioè l'astratta riconducibilità della situazione all'ipotesi di cui all'art. 19, quarto comma della legge n. 833 del 1978, cui consegue come in tutti i casi di prestazione erogata dal medico del Servizio Sanitario nazionale con conseguente instaurazione di un contatto sociale tra medico e paziente la responsabilità della ASL ex art. 1228 c.c., deve ritenersi che incombesse sulla ASL provare il fatto estintivo dell'altrui pretesa, ovvero che il medico intervenne non quale medico convenzionato ma puramente come libero professionista, del quale l'albergo intendeva avvalersi a

favore della ospite che ne aveva necessità. Non può invece ritenersi che gravi sulla paziente – o sui suoi congiunti, come in questo caso – provare che non esistessero elementi atti a dimostrare che la prestazione erogata, riconducibile in una prestazione sanitaria a carico del Servizio sanitario nazionale non fosse stata invece resa ad altro titolo.

La fondatezza dei motivi conduce all'accoglimento del ricorso, e alla necessità di rinviare la causa, per un nuovo esame nel merito, per verificare, secondo i principi indicati, la sussistenza della legittimazione passiva della ASL, ex art. 1228 c.c., a titolo di responsabilità diretta, a fianco di quella del medico.

La sentenza è cassata, e la causa è rinviata, anche per la liquidazione delle spese del presente giudizio, alla Corte d'Appello di Bologna in diversa composizione.

P.Q.M.

Accoglie il ricorso, cassa e rinvia alla Corte d'Appello di Bologna in diversa composizione.

Così deciso in Roma il 27 novembre 2024.

Depositato in Cancelleria il 4 marzo 2025.