



LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
TERZA SEZIONE CIVILE

Composta da:

EMILIO IANNELLO

Presidente

MARCO DELL'UTRI

Consigliere

PAOLO PORRECA

Consigliere

MARILENA GORGONI

Consigliere Rel.

VITTORIA AMIRANTE

Consigliere

Oggetto:

RESPONSABILITÀ
SANITARIA-
AZIONE DI
RIVALSA

Ud.09/04/2026

CC

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

sul ricorso iscritto al n. 23777/2023 R.G. proposto da:

POLICLINICO DI MONZA CASA DI CURA PRIVATA SPA, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentato e difeso dall'avvocato EZIO SPAZIANI TESTA unitamente agli avvocati VINCENZO LAMASTRA, GIUSEPPE TREVISANI, con domiciliazione digitale *ex lege*;

-ricorrente-

contro

PALITTA GIOVANNI MARIA, rappresentato e difeso dall'avvocato GREGORIO ARENA unitamente all'avvocato CAROLINA BONZIO, con domiciliazione digitale *ex lege*;

-controricorrente-

contro



AMTRUST ASSICURAZIONI SPA., in persona del procuratore speciale, rappresentata e difesa dall'avvocato LORENZO DELL'ELCE unitamente all'avvocato RAFFAELLA MURONI, con domiciliazione digitale *ex lege*;

-resistente-

e contro

TODISCO ANTONIETTA;

-intimata-

e sul ricorso incidentale proposto da:

PALITTA GIOVANNI, rappresentato e difeso dall'avvocato GREGORIO ARENA unitamente all'avvocato CAROLINA BONZIO, con domiciliazione digitale *ex lege*;

-ricorrente incidentale -

contro

POLICLINICO DI MONZA CASA DI CURA PRIVATA SPA, TODISCO ANTONIETTA, AMTRUST ASSICURAZIONI SPA;

-intimati-

avverso la sentenza della Corte d'Appello di Milano n. 2028/2023, depositata il 20/06/2023.

Udita la relazione svolta nella camera di consiglio del 09/04/2026 dal Consigliere Marilena Gorgoni.

FATTI DI CAUSA

Antonietta Todisco aveva convenuto, *ex art. 702-bis c.p.c.*, innanzi al Tribunale di Monza, il Policlinico di Monza Casa di Cura Privata s.p.a. (d'ora in avanti per brevità il Policlinico di Monza), deducendo di avere riportato danni in conseguenza dell'errata esecuzione dell'intervento di lipoaspirazione agli arti inferiori eseguito il 04.04.2017, in regime di



solvenza, cioè senza costi per il Servizio Sanitario Nazionale e con corresponsione al chirurgo dell'importo con lo stesso pattuito per il compenso ed alla clinica privata dei costi di degenza. A fondamento della domanda risarcitoria aveva richiamato le risultanze della C.T.U. espletata nel procedimento di accertamento tecnico preventivo, dalla quale emergeva che l'intervento di lipoaspirazione non era stato eseguito in modo conforme allo stato dell'arte, che il quadro estetico della paziente aveva subito un pregiudizio, che il quadro clinico era migliorabile mediante quattro sedute di lipostruttura di cui veniva indicato il costo.

L'ente convenuto si era costituito contestando le domande attrici e aveva chiamato in causa Giovanni Palitta, chirurgo libero professionista che aveva eseguito l'intervento, formulando nei suoi confronti domanda di regresso e manleva, subordinata all'accoglimento della domanda della paziente, fondata sul contratto libero-professionale con lo stesso intercorso ed in particolare sull'art. 7, che prevedeva l'obbligo di manleva; nonché sulle norme codicistiche in materia di rapporti interni tra condebitori solidali.

Giovanni Palitta si era costituito contestando la propria responsabilità professionale e la domanda di regresso; aveva inoltre chiamato in causa la propria compagnia assicuratrice AmTrust Europe Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia (da qui in avanti semplicemente AmTrust), chiedendo di essere dalla stessa manlevato.

Il Tribunale di Monza, disposto il mutamento del rito, con sentenza n. 1827/2022, accoglieva: a) la domanda risarcitoria proposta da Antonietta Todisco nei confronti del Policlinico di Monza, condannando quest'ultimo al pagamento della somma di euro 38.794,94, oltre agli interessi legali dall'01.08.2022 al saldo, nonché alle spese del giudizio e del procedimento di accertamento tecnico preventivo; b) la domanda di regresso proposta dalla struttura sanitaria, condannando Giovanni Palitta a rifondere al



Policlinico di Monza quanto da questo eventualmente versato all'attrice, oltre a interessi e spese.

Avverso detta sentenza proponeva appello il Palitta, sostenendo, per quanto ancora di rilievo in questa sede, la nullità per indeterminatezza e per immeritevolezza della clausola n. 7 del contratto libero-professionale con la casa di cura, con la quale si era obbligato a tenerla indenne «da ogni e qualsiasi responsabilità civile e/o penale per eventuali danni prodotti da lui provocati a se stesso e/o a terzi nell'esecuzione del presente contratto, addebitabili a colpa, colpa grave o dolo», e invocando un riparto di responsabilità in misura del 50%.

La Corte territoriale di Milano, con sentenza n. 2028/2023, pubblicata il 20.06.2023, ha accolto in parte l'appello e, per l'effetto, ha respinto la domanda di regresso proposta dal Policlinico di Monza, confermando nel resto la decisione di primo grado.

Segnatamente, ha ritenuto tardiva l'eccezione di nullità della clausola n. 7 del contratto libero-professionale e applicabile al rapporto in essere l'art. 9 della l. n. 24/2017 che condiziona l'azione di rivalsa della struttura nei confronti del sanitario esclusivamente alla sussistenza del dolo o della colpa grave di quest'ultimo. Muovendo da tale premessa, ha esaminato l'operato del chirurgo alla luce delle risultanze istruttorie, rilevando la presenza di profili di colpa professionale, come emersi dalla C.T.U., ma ha escluso che tali profili integrassero gli estremi di una colpa grave, cioè quelli di una condotta caratterizzata da una eccezionale e inescusabile devianza dal programma condiviso di tutela della salute oggetto dell'obbligazione; ha quindi dichiarato assorbite le ulteriori questioni dedotte dalle parti.

Avverso detta sentenza ha proposto ricorso per cassazione, fondato su cinque motivi, illustrati con memoria, il Policlinico di Monza. Il Palitta ha resistito con controricorso e ha proposto ricorso incidentale condizionato, basato su un solo motivo.



La trattazione dei ricorsi è stata fissata ai sensi dell'art. 380-*bis* 1 cod. proc. civ.

Il Pubblico Ministero non ha depositato conclusioni scritte.

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Con il primo motivo la casa di cura si duole della violazione dell'art. 112 c.p.c., in riferimento all'art. 360, primo comma, n. 4, c.p.c., deducendo che la Corte territoriale, là dove ha respinto la domanda di regresso, ritenendo applicabile l'art. 9 della l. n. 24/2017 e affermando che l'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti del sanitario è ammessa esclusivamente in presenza di dolo o colpa grave del sanitario, nella specie esclusa, avrebbe circoscritto il proprio scrutinio al solo profilo contrattuale della domanda e, in particolare, alla clausola di manleva di cui all'art. 7 del contratto intercorso tra la struttura e il sanitario, nonché al filtro applicativo dell'art. 9 della l. n. 24/2017, senza affrontare l'ulteriore e distinto fondamento giuridico della pretesa azionata dalla ricorrente, costituito dal regresso civilistico nei rapporti interni tra condebitori solidali.

La domanda di regresso, infatti, non era stata prospettata esclusivamente in forza del titolo negoziale, ma era stata espressamente fondata anche sulle norme del codice civile che regolano i rapporti interni tra obbligati solidali, in particolare sugli artt. 2055, 1298 e 1299 c.c., con l'assunto – più volte ribadito negli atti difensivi – che la responsabilità solidale opera nei confronti del danneggiato-creditore, mentre il rapporto interno tra i condebitori costituisce un piano distinto, disciplinato dalle rispettive responsabilità, e che il pagamento integrale del debito risarcitorio da parte di uno dei condebitori rende azionabile il diritto di regresso nei confronti dell'altro, secondo la quota di imputazione del danno. Tanto, secondo parte ricorrente, non solo era stato dedotto sin dal giudizio di primo grado, ma era stato reiterato nelle difese successive ed espressamente riproposto in appello, sicché la Corte territoriale sarebbe



stata espressamente investita della questione ed era tenuta a pronunciarsi sulla stessa.

Del resto, il giudice di primo grado aveva dato atto in modo esplicito che la domanda di regresso proposta trovava fondamento sia sul piano negoziale sia su quello codicistico, riconoscendo dunque la rilevanza e l'autonomia del titolo civilistico del regresso; ciò confermerebbe, secondo la prospettazione della casa di cura, da un lato, che la questione era stata ritualmente introdotta nel processo e, dall'altro, che essa rivestiva carattere decisivo ai fini della definizione della controversia. La Corte territoriale, invece, ha esaurito il proprio esame al solo profilo dell'applicabilità dell'art. 9 della l. n. 24/2017 e all'assenza della colpa grave, senza prendere in considerazione l'ulteriore fondamento giuridico dell'azione di regresso e senza rendere alcuna statuizione al riguardo, cioè senza confrontarsi con la disciplina dei rapporti interni tra condebitori solidali e quindi senza verificare se, indipendentemente dal titolo contrattuale e dal filtro del dolo o della colpa grave, il diritto di regresso potesse trovare riconoscimento in forza delle norme civilistiche invocate.

Il motivo è infondato.

Secondo il costante orientamento di questa Corte, la violazione dell'art. 112 c.p.c. per omessa pronuncia è configurabile solo quando il giudice del merito non si sia pronunciato su una domanda, un'eccezione o un capo di domanda ritualmente introdotti in giudizio, e non anche quando la decisione adottata, pur senza una espressa statuizione, contenga una reiezione implicita della pretesa, risultante in modo univoco e inequivoco dall'impianto argomentativo della sentenza.

È, infatti, principio consolidato che il rigetto implicito ricorre tutte le volte in cui la soluzione adottata dal giudice risulti logicamente incompatibile con l'accoglimento della domanda o dell'eccezione non espressamente esaminata, sicché deve ritenersi che su di essa il giudice si sia



pronunciato, sia pure in modo non esplicito (Cass. 06/02/2025, n. 2953; Cass. 26/09/2024, n. 25710; Cass. 13/08/2018, n. 20718).

Nel caso di specie, la Corte territoriale ha espressamente individuato nell'art. 9 della l. n. 24/2017 la disciplina regolatrice del rapporto interno tra struttura sanitaria ed esercente la professione sanitaria, ritenendo applicabile il limite del dolo o della colpa grave e procedendo alla verifica in concreto della ricorrenza di tale requisito, che ha escluso in forza dell'esito dell'istruttoria.

Tale scelta interpretativa e sistematica costituisce una presa di posizione chiara e dirimente sull'intero assetto della domanda di rivalsa, poiché l'applicazione dell'art. 9 della l. n. 24/2017 come norma speciale di disciplina del rapporto interno implica, sul piano logico-giuridico, l'esclusione dell'operatività di criteri diversi di imputazione e di riparto della responsabilità, siano essi di fonte codicistica o negoziale (l'art. 7 del contratto libero-professionale) incompatibili con la soglia legale - la ricorrenza del dolo o della colpa grave del sanitario - introdotta dal legislatore.

Ne consegue che la Corte territoriale, nel momento in cui ha ritenuto che l'azione di rivalsa della struttura fosse soggetta al limite del dolo o della colpa grave e ne ha escluso la sussistenza, ha implicitamente rigettato ogni diversa prospettazione che conducesse all'affermazione del diritto di regresso in assenza di tale presupposto.

Del resto, il richiamo al fondamento codicistico del regresso tra condebitori solidali e alla disciplina negoziale invocata dalla struttura sanitaria risulta logicamente incompatibile con l'applicazione dell'art. 9 della l. n. 24/2017 come norma speciale, destinata a governare in via prioritaria e assorbente il rapporto interno tra struttura e sanitario nelle ipotesi di prestazione resa mediante l'organizzazione sanitaria.

Non può che confermarsi dunque che applicando l'art. 9 della l. n. 24/2017 e ritenendolo norma regolatrice del rapporto interno, il giudice a



quo abbia rigettato sì implicitamente, ma inequivocabilmente la tesi prospettata dalla ricorrente ed abbia quindi escluso la ricorrenza dei presupposti per il suo accoglimento. Ciò esclude la configurabilità di una omessa pronuncia, non essendo fatto obbligo al giudice di confutare singolarmente ed espressamente ogni allegazione, prospettazione ed argomentazione delle parti, una volta individuata la norma ritenuta decisiva per la soluzione della controversia (Cass. 8/10/2025, n. 27050; Cass.17/09/2025, n. 25502; Cass. 30/07/2025, n. 21959;__Cass. 28/07/2025, n. 21728). Secondo la giurisprudenza di questa Corte, infatti, il giudice di merito non è tenuto a trattare autonomamente e separatamente i diversi titoli giuridici evocati dalla parte, poiché l'art. 112 c.p.c. non impone una pronuncia espressa su ogni singolo profilo argomentativo, ma soltanto su domande ed eccezioni in senso proprio, restando irrilevante che il giudice non abbia esaminato analiticamente tutte le prospettazioni giuridiche formulate a sostegno della medesima pretesa (Cass. 16/07/2025, n. 19634).

2. Con il secondo motivo la ricorrente prospetta la violazione e falsa applicazione dell'art. 9 della l. n. 24/2017 e degli artt. 2055, 1292, 1297 e 1298 c.c., sostenendo che la conclusione del giudice d'appello muoverebbe da una premessa erronea, poiché la disciplina dell'art. 9 della l. n. 24/2017 è coerente con l'impianto del "doppio binario" delineato dall'art. 7, comma 3, della medesima legge, il quale prevede, come regola, la responsabilità dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'art. 2043 c.c., "salvo" l'ipotesi in cui egli abbia agito nell'adempimento di un'obbligazione contrattuale assunta con il paziente; ne discenderebbe che la limitazione del regresso prevista dall'art. 9 si giustifica, secondo la ricorrente, nei casi in cui il sanitario risponda secondo il paradigma extracontrattuale, mentre non vi sarebbe ragione di applicarla quando – come nel caso di specie – il sanitario abbia operato quale libero professionista in regime di solvenza, su incarico diretto del paziente e con



pagamento del compenso direttamente al professionista, sì da instaurare un rapporto contrattuale medico-paziente. In tale differente cornice fattuale, che la ricorrente assume essere provata "per tabulas" mediante ricevuta/fattura del sanitario, la struttura e il medico rispondono entrambi in via contrattuale verso il paziente, con conseguente solidarietà dell'obbligazione risarcitoria, e, sul piano dei rapporti interni, troverebbero applicazione le regole codicistiche del regresso tra condebitori solidali, che la ricorrente afferma di avere invocato sin dal primo grado del giudizio di merito; la Corte territoriale, applicando invece l'art. 9 della l. n. 24/2017, le avrebbe negato ogni possibilità di ripetere dal condebitore quanto dovuto secondo la rispettiva quota di responsabilità, in contrasto con i principi che regolano la solidarietà e il regresso. La ricorrente insiste altresì sulla *ratio* della disciplina di cui all'art. 9 della l. n. 24/2017, deducendo che l'applicazione del limite "dolo/colpa grave" al sanitario libero professionista che abbia assunto un'obbligazione contrattuale diretta con il paziente solvente non risponderebbe alla logica di tutela sottesa alla legge, poiché in tale assetto esistono due distinti rapporti contrattuali (paziente-chirurgo e paziente-struttura per le prestazioni di degenza e correlate) e il regresso della struttura verso il medico non ridurrebbe la tutela del danneggiato, che potrebbe comunque ottenere l'integrale ristoro anche dalla struttura in virtù della solidarietà; aggiunge che se fosse stato il sanitario a risarcire integralmente il paziente, egli avrebbe avuto diritto di regresso, sicché negare specularmente il regresso della struttura verso il sanitario determinerebbe un esito irragionevole e una disparità di trattamento.

Il motivo è infondato.

Le censure muovono da una premessa *in iure* non corretta, poiché assumono che l'applicazione dell'art. 9 della l. n. 24/2017 dipenda dal titolo della responsabilità del sanitario verso il paziente, mentre la disposizione in esame disciplina il distinto piano del rapporto interno tra



struttura sanitaria ed esercente la professione sanitaria, allorché la prestazione dannosa sia stata resa mediante l'organizzazione, i mezzi e le apparecchiature della struttura.

Ciò che rileva ai fini dell'applicabilità dell'art. 9 della l. n. 24/2017 non è la qualificazione della responsabilità del sanitario verso il paziente in termini contrattuali o aquiliani, bensì il fatto che il danno si sia prodotto nell'ambito di una prestazione sanitaria erogata attraverso l'organizzazione della struttura che abbia messo a disposizione sale operatorie, apparecchiature, personale e supporti logistico-assistenziali.

In tali ipotesi, l'esercente la professione sanitaria, anche se libero professionista e anche se contrattualmente obbligato nei confronti del paziente, opera quale ausiliario della struttura ai sensi dell'art. 1228 c.c. (richiamato dall'art. 7, primo comma, l. n. 24/2017 quale fondamento e paradigma della responsabilità della struttura), con la conseguenza che quest'ultima – secondo la qui condivisa esegesi della norma codicistica fornita da Cass. 11/11/2019, n. 28987 – risponde verso il danneggiato per fatto proprio e che il rapporto interno tra struttura e sanitario è regolato dalla disciplina della rivalsa siccome dettata dall'art. 9 della l. n. 24/2017.

Tanto è stato affermato, ad esempio, da Cass. 11/12/2023, n. 34516 che, in un caso in cui la casa di cura aveva affidato ad uno studio medico la fornitura "*in service*" delle proprie prestazioni di ginecologia, stipulando un contratto per la fornitura di posti letto, sale operatorie e supporto assistenziale finalizzato alla gestione dei ricoveri, ha escluso che la pluralità di contratti o l'autonomia professionale del sanitario possano incidere sull'assetto del rapporto interno, affermando che il medico resta ausiliario della struttura ogniqualvolta la prestazione sia resa mediante l'apparato organizzativo di quest'ultima, atteso che il principio di cui all'art. 9 della l. n. 24/2017 «opera in ogni caso in cui la struttura operi per il tramite di un medico che per ciò stesso diviene suo ausiliario, a mente dell'art. 1228 cod.civ.» e resta fermo «quando l'azienda sanitaria



abbia affidato la logistica, oltre ad alcuni distinti supporti assistenziali, ad altra struttura, perché il medico, rispetto alla prestazione relativa al paziente, resta ausiliario della prima anche se questa si sia accordata, in accertata esternalizzazione, con altri enti, per i mezzi materiali».

Ne discende che l'ausiliarità del sanitario non è esclusa né dalla pluralità dei rapporti contrattuali, né dall'esternalizzazione di segmenti dell'organizzazione, né dalla distinzione tra titolarità dei mezzi materiali e autonomia professionale del prestatore d'opera.

In modo ancora più specifico, questa Corte ha rilevato che, anche a fronte della dedotta autonomia tecnico-professionale del sanitario e dell'esistenza di coperture assicurative autonome, «il principio sopra ribadito non è spostato dalla richiamata 'autonomia tecnico-professionale di un prestatore d'opera', né dalla copertura assicurativa cui lo studio medico associato si era obbligato a garantire per i rischi della responsabilità propria e dei propri collaboratori».

Tali affermazioni, di portata generale, sono applicabili anche alla fattispecie in esame, nella quale la Corte territoriale ha accertato che la prestazione sanitaria era stata resa all'interno della struttura, con utilizzo delle sale operatorie, delle apparecchiature e dell'organizzazione della clinica, che aveva così messo a disposizione l'apparato necessario all'erogazione della prestazione sanitaria resa dal Palitta.

Il sanitario, ancorché operante in regime libero-professionale e ancorché legato al paziente da un rapporto contrattuale diretto, ha operato quale ausiliario della struttura ai sensi dell'art. 1228 c.c., con conseguente responsabilità solidale verso il danneggiato e con applicazione, sul piano dei rapporti interni, della disciplina della rivalsa di cui all'art. 9 della l. n. 24/2017.

Una conferma indiretta di quanto enunciato si trae anche da Cass. 27/03/2025, n. 8163, che ha riguardato una fattispecie in cui tra il sanitario e la casa di cura non era intercorso un contratto libero-



professionale, ma un mero rapporto di locazione, un titolo cioè in forza del quale doveva negarsi che la casa di cura potesse rispondere dell'attività del medico.

La Corte ha chiarito che tra la struttura e il sanitario deve intercorrere un rapporto di tipo professionale, ossia è necessario che il medico collabori con la struttura, in forma autonoma o dipendente, alla prestazione, cioè la struttura deve essere coinvolta nella prestazione sanitaria, occorre un titolo perché essa risponda del fatto del medico. Nella fattispecie, era emerso che la casa di cura aveva concesso in locazione un suo locale, con strumentazione medica, ad una società di cui era socio il sanitario che aveva eseguito l'intervento, non aveva assunto alcuna obbligazione verso il paziente, non si era in alcun modo servita del sanitario per erogare la prestazione sanitaria né aveva in qualche modo condiviso con il medico l'interesse alla prestazione sanitaria, non essendo nel rapporto di locazione coinvolti interessi inerenti alla prestazione sanitaria. La pronuncia chiarisce che «l'affidamento della logistica ad un altro soggetto non esclude la responsabilità dell'affidante, purché il medico sia suo, ossia purché il medico che ha operato presso la società cui la logistica è stata affidata, sia uno che ha rapporti con l'affidante».

Per concludere sul punto, correttamente, dunque, la Corte territoriale ha ritenuto applicabile l'art. 9 della l. n. 24/2017, nonostante la dedotta sussistenza di un rapporto contrattuale diretto tra sanitario e paziente, ed ha subordinato l'azione di rivalsa al riscontro del dolo o della colpa grave, escludendone la ricorrenza all'esito di un accertamento in fatto non sindacabile in sede di legittimità. L'art. 9 della l. n. 24/2017 ha positivizzato, in chiave speciale, i limiti dell'azione di rivalsa della struttura nei confronti del sanitario, subordinandola al riscontro del dolo o della colpa grave di quest'ultimo.

Detta prescrizione normativa non ha la funzione di ridefinire il titolo della responsabilità del sanitario verso il paziente, ma persegue l'obiettivo,



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

Va sottolineato, allo scopo di confermare le conclusioni enunciate, che non assume rilievo contrario l'art. 10 della l. n. 24/2017 che disciplina l'obbligo assicurativo in materia di responsabilità sanitaria e si articola su più livelli, distinti, ma coordinati.

Il comma 1 impone alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, di dotarsi di una copertura assicurativa, o di altre analoghe misure, per la responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori d'opera, anche per i danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso la struttura, comprese le prestazioni svolte in regime di libera professione intramuraria, in convenzione con il Servizio sanitario nazionale o mediante telemedicina. La disposizione precisa che le strutture devono assicurare anche la responsabilità civile verso terzi degli esercenti le professioni sanitarie, ai sensi dell'art. 7, comma 3, fermo restando quanto previsto dall'art. 9.

Il comma 2 individua una diversa ipotesi, concernente l'esercente la professione sanitaria che svolga l'attività al di fuori delle strutture sanitarie oppure che presti la propria opera all'interno della struttura in regime libero-professionale o che si avvalga della stessa nell'adempimento di una propria obbligazione contrattuale assunta con il paziente ai sensi dell'art. 7, comma 3. Per tali soggetti resta fermo l'obbligo di stipulare una copertura assicurativa personale secondo la normativa previgente, ponendo quindi a loro carico diretto l'onere assicurativo.



Il comma 3, infine, stabilisce che, al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'art. 9 e all'art. 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private deve stipulare, con oneri a proprio carico, un'adeguata polizza assicurativa per la colpa grave.

Ebbene, il comma 1 dell'art. 10 richiama esplicitamente l'art. 9 ("fermo restando quanto previsto dall'articolo 9"), chiarendo che l'assetto assicurativo delle strutture si innesta su una disciplina della rivalsa già presupposta come operante. Tale richiamo rende evidente che il legislatore considera l'azione di rivalsa come fisiologica nel sistema e non come evenienza eccezionale.

In secondo luogo, il comma 3 dell'art. 10 è decisivo sul piano sistematico. La previsione dell'obbligo, per ogni esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo nella struttura, di stipulare una polizza per la colpa grave "al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9" presuppone che l'art. 9 trovi applicazione anche nei confronti di sanitari che operino in regime libero-professionale o nell'adempimento di una propria obbligazione contrattuale verso il paziente. Diversamente, l'obbligo assicurativo per la colpa grave risulterebbe privo di funzione normativa.

Infine, il comma 2 dell'art. 10 non delimita l'ambito soggettivo di applicazione dell'art. 9, ma si limita a regolare la distribuzione dell'onere assicurativo tra struttura e sanitario. La scelta del legislatore di porre a carico diretto del sanitario l'obbligo assicurativo in talune ipotesi non implica l'esclusione della rivalsa, ma anzi ne conferma l'operatività. Ne deriva che l'art. 10, letto nel suo complesso, non costituisce un argomento contrario all'applicazione dell'art. 9 della l. n. 24/2017, ma un elemento di conferma della sua operatività quale disciplina del rapporto interno tra struttura ed esercente la professione sanitaria, allorché il danno sia stato cagionato nell'ambito di una prestazione resa mediante l'organizzazione



della struttura. Una diversa lettura condurrebbe all'esito irrazionale di sottrarre alla disciplina della rivalsa proprio le ipotesi in cui la struttura abbia integralmente messo a disposizione il proprio apparato organizzativo, in contrasto con la *ratio* della legge e con i principi affermati dalla giurisprudenza di legittimità.

3. Con il terzo motivo parte ricorrente si duole della violazione dell'art. 112 c.p.c., assumendo di avere espressamente sostenuto che l'art. 9 della l. n. 24/2017 non costituisce norma imperativa, poiché il legislatore ha attribuito carattere inderogabile esclusivamente alle disposizioni di cui all'art. 7 della medesima legge, come risulta dal comma 5 di tale articolo, che qualifica come norme imperative "le disposizioni del presente articolo", senza estendere tale qualificazione alle ulteriori previsioni della legge. Su tale base, la ricorrente aveva dedotto che l'art. 9 fosse suscettibile di deroga da parte dell'autonomia contrattuale e che tale profilo dovesse essere esaminato in via preliminare rispetto alla verifica dell'operatività del limite del dolo o della colpa grave.

La Corte territoriale, tuttavia, pur avendo fondato la decisione sull'applicazione dell'art. 9 della l. n. 24/2017 e pur avendo fatto discendere da tale norma il rigetto della domanda di regresso in ragione dell'esclusione della colpa grave, avrebbe del tutto omesso di confrontarsi con la questione della derogabilità della disposizione, non rendendo alcuna statuizione sul punto e dando per presupposta l'inderogabilità dell'art. 9. In tal modo, avrebbe pretermesso l'esame di una questione giuridica specificamente devoluta alla sua cognizione e logicamente preliminare, poiché, ove fosse stata riconosciuta la natura non imperativa dell'art. 9, sarebbe stato necessario verificare se, nel caso concreto, la disciplina legale fosse risultata derogata dall'assetto negoziale dedotto in giudizio, con conseguenze potenzialmente decisive sull'esito della controversia; il riconoscimento della derogabilità dell'art. 9 della l. n. 24/2017 avrebbe imposto al giudice del gravame di procedere a un ulteriore accertamento,



volto verificare se le parti avessero validamente convenuto una disciplina diversa della rivalsa.

Il motivo è infondato.

È vero che la sentenza impugnata non contiene una statuizione espressa sulla qualificazione dell'art. 9 della l. n. 24/2017 in termini di norma imperativa o dispositiva. Tuttavia, secondo il costante orientamento di questa Corte, l'omessa pronuncia rilevante ai sensi dell'art. 112 c.p.c. non ricorre quando la decisione adottata dal giudice del merito comporti il rigetto implicito della domanda o della questione non esaminata, risultante in modo univoco dalla struttura logico-giuridica della motivazione.

È, infatti, principio consolidato che il rigetto implicito sussiste allorché la soluzione accolta sia logicamente e giuridicamente incompatibile con l'accoglimento della tesi non espressamente esaminata, dovendosi in tal caso ritenere che il giudice abbia pronunciato su di essa, sia pure in forma non esplicita (v. *supra*, sub § 1).

Nel caso di specie, la Corte territoriale ha individuato nell'art. 9 della l. n. 24/2017 la norma regolatrice del rapporto interno tra struttura sanitaria ed esercente la professione sanitaria, ha ritenuto tale disciplina applicabile alla fattispecie concreta e ha subordinato l'accoglimento della domanda di rivalsa al riscontro del dolo o della colpa grave, escludendo in fatto la sussistenza di tale requisito.

L'applicazione dell'art. 9 come parametro esclusivo e assorbente implica, sul piano logico-giuridico, il rigetto della tesi secondo cui la disciplina della rivalsa sarebbe derogabile per effetto di pattuizioni negoziali o, comunque, sottratta alla soglia legale del dolo o della colpa grave.

Infatti, ove la Corte territoriale avesse ritenuto l'art. 9 norma non imperativa e suscettibile di deroga convenzionale, avrebbe dovuto esaminare la clausola contrattuale – l'art. 7 - invocata dalla struttura e verificare se essa valesse a superare il limite legale; la scelta di arrestare la decisione alla sola verifica del requisito della colpa grave presuppone,



invece, che tale limite sia stato ritenuto inderogabile e, come tale, insuscettibile di essere escluso dall'autonomia privata.

La statuizione adottata dal giudice *a quo* è, pertanto, logicamente incompatibile con l'accoglimento della tesi di derogabilità dell'art. 9 e costituisce rigetto implicito della questione relativa alla sua asserita natura non imperativa.

In tal senso, la Corte territoriale ha compiuto una scelta interpretativa chiara, sebbene non esplicitata in termini definitivi, attribuendo all'art. 9 una funzione normativa vincolante nella regolazione del rapporto interno e precludendo ogni diverso criterio di imputazione o riparto della responsabilità fondato su pattuizioni contrattuali incompatibili con la soglia legale del dolo o della colpa grave.

4. Con il quarto motivo parte ricorrente imputa al giudice *a quo* la violazione e falsa applicazione dell'art. 9 della l. n. 24/2017, rilevando che, sin dal giudizio di primo grado, la domanda di regresso della clinica privata era stata fondata anche sul contratto intercorso con il Palitta, con particolare riferimento all'art. 7 dell'accordo, nel quale era previsto l'obbligo del professionista di tenere indenne la struttura da responsabilità per i danni causati nell'esecuzione del rapporto, con correlato impegno assicurativo. Nel giudizio d'appello il Palitta aveva contestato la validità di tale clausola, deducendone l'invalidità per indeterminatezza dell'oggetto e non meritevolezza, e chiedendone la declaratoria di nullità e la Corte territoriale aveva dichiarato l'eccezione tardiva e non più proponibile ex art. 345 c.p.c., poiché formulata per la prima volta in appello.

Ebbene, pur avendo preso atto della contestazione e pur avendola ritenuta inammissibile per tardività, ha poi fondato la decisione esclusivamente sull'applicazione dell'art. 9 della l. n. 24/2017, assumendo che la rivalsa fosse ammessa soltanto in caso di dolo o colpa grave e negando la colpa grave, con conseguente rigetto della domanda di regresso. In tal modo, l'art. 9 della l. n. 24/2017 sarebbe stato applicato,



senza che venisse operato il necessario confronto con la disciplina negoziale che regolava in modo specifico l'allocazione del rischio e l'obbligo di manleva nei rapporti interni tra struttura e sanitario.

In sostanza, una volta esclusa la possibilità di far valere in appello la nullità parziale della clausola per tardività art. 345 c.p.c., la clausola contrattuale avrebbe dovuto essere considerata, quantomeno, come dato normativo del rapporto interno, con la conseguenza che l'art. 9 della l. n. 24/2017 non poteva essere applicato ignorando il regolamento negoziale dedotto. Applicando invece l'art. 9 come se il contratto non incidesse sul rapporto interno, la Corte territoriale ha finito per attribuire alla disposizione un effetto preclusivo assoluto, non coordinato con la disciplina contrattuale posta fondamento della domanda di regresso

4.1. Anche tale doglianza non coglie nel segno.

Nel caso di specie, la Corte territoriale ha, da un lato, ritenuto inammissibile ex art. 345 c.p.c. l'eccezione di nullità dell'art. 7 del contratto, poiché proposta per la prima volta in grado di appello; dall'altro, ha individuato nell'art. 9 della l. n. 24/2017 la disciplina regolatrice del rapporto interno tra struttura sanitaria ed esercente la professione sanitaria e ha risolto la controversia applicando tale norma come parametro assorbente.

Questa impostazione decisoria rende logicamente superfluo, e comunque incompatibile, un ulteriore esame dell'incidenza della clausola contrattuale invocata dalla ricorrente, poiché l'applicazione dell'art. 9 come norma speciale di disciplina della rivalsa implica che l'azione di rivalsa verso il sanitario sia assoggettata, in via prioritaria, al limite legale del dolo o della colpa grave, non superabile mediante criteri diversi di imputazione o di riparto fondati sull'autonomia negoziale.

In altri termini, una volta ritenuto il rapporto interno governato dall'art. 9 della l. n. 24/2017 e assente il presupposto legale per l'accoglimento della



rivalsa, l'eventuale rilevanza della clausola contrattuale di cui all'art. 7 risultava assorbita e comunque incompatibile con la soluzione adottata.

Se, infatti, la Corte territoriale avesse ritenuto che la clausola contrattuale potesse incidere sulla misura o sull'ammissibilità della rivalsa, avrebbe dovuto prescindere dal limite legale del dolo o della colpa grave, o quantomeno coordinare la disciplina pattizia con quella dell'art. 9.

Ne deriva che la mancata considerazione della clausola contrattuale, dopo la declaratoria di inammissibilità dell'eccezione di nullità, integra un rigetto implicito della prospettazione secondo cui essa avrebbe dovuto comunque operare come criterio di limitazione della responsabilità del sanitario.

Una volta individuata nell'art. 9 della l. n. 24/2017 la norma regolatrice del rapporto interno, l'autonomia negoziale risultava recessiva rispetto alla disciplina legale speciale.

Può bensì riconoscersi che in tal modo la Corte d'appello, contraddicendo la premessa della sua tardiva prospettazione, abbia in sostanza accolto l'eccezione di nullità (sopravvenuta) della clausola contrattuale. Ma ciò ha fatto correttamente, non potendosi dubitare: a) della natura imperativa della norma, in quanto strettamente funzionale agli scopi, anche di rilievo pubblicistico, perseguiti dalla disciplina nel suo complesso; b) della conseguente rilevanza della nullità, anche d'ufficio, in ogni stato e grado del giudizio, salvo giudicato interno nella specie non predicabile.

Al di là del contraddittorio argomentare quel che conta è la regola di giudizio applicata, e questa è corretta.

Né si potrebbe far valere *ex se* la contraddittoria motivazione come vizio di motivazione apparente, perché, essendo corretta la regola di giudizio applicata, verrebbe a mancare il presupposto necessario per far valere detta patologia motivazionale; questa Corte insegna infatti – con riferimento alla mancanza di motivazione, ma secondo un principio valevole anche per tutte le ipotesi in cui le censure siano mosse alla



sentenza gravata sul piano motivazionale – che «La mancanza di motivazione su questione di diritto e non di fatto deve ritenersi irrilevante, ai fini della cassazione della sentenza, qualora il giudice del merito sia comunque pervenuto ad un'esatta soluzione del problema giuridico sottoposto al suo esame. In tal caso, la Corte di cassazione, in ragione della funzione nomofilattica ad essa affidata dall'ordinamento, nonché dei principi di economia processuale e di ragionevole durata del processo, di cui all'art. 111, secondo comma, Cost., ha il potere, in una lettura costituzionalmente orientata dell'art. 384 cod. proc. civ., di correggere la motivazione anche a fronte di un "error in procedendo", quale la motivazione omessa, mediante l'enunciazione delle ragioni che giustificano in diritto la decisione assunta, anche quando si tratti dell'implicito rigetto della domanda perché erroneamente ritenuta assorbita, sempre che si tratti di questione che non richieda ulteriori accertamenti in fatto» (Cass. 28/05/2019, n. 14476; Cass., Sez. Un., 02/02/2017, n. 2731; Cass. 03/08/2016, n. 16157; Cass. 11/11/2014, n. 23989; Cass. 27/12/2013, n. 28663; Cass. 30/05/2012, n. 8622; Cass. 8/5/2012, n. 7880; Cass. 01/02/2010, n. 2313; Cass. 8/08/2005, n. 16640; Cass. 6/08/2003, n. 11883; Cass. 17/11/1999, n. 12753; Cass. 09/04/1990, n. 2940).

5. Con il quinto motivo la ricorrente rimprovera alla Corte territoriale di avere adottato una nozione non corretta di colpa grave.

Il giudice *a quo*, dopo avere ritenuto applicabile l'art. 9 della l. n. 24/2017, ha ritenuto che la condotta del sanitario, pur connotata da profili di colpa, non integrasse la colpa grave richiesta dalla norma per l'ammissibilità della rivalsa. A tal fine, la Corte territoriale avrebbe richiamato una definizione di colpa grave elaborata dalla giurisprudenza di legittimità, intesa come condotta eccezionale, inescusabilmente grave e del tutto imprevedibile, qualificandola come devianza radicale dal programma condiviso di tutela della salute.



Secondo quanto sostenuto dalla ricorrente, tale definizione è stata però utilizzata dalla Corte territoriale in modo non coerente con il quadro normativo di riferimento, poiché è stata tratta da arresti giurisprudenziali riferiti a fattispecie nelle quali la nozione di colpa grave era stata impiegata per individuare un'ipotesi limite di *malpractice* straordinaria, idonea a superare la presunzione di pari responsabilità tra struttura e sanitario, e non già per delimitare, in via generale, l'area di operatività dell'azione di regresso. In tal modo, la Corte territoriale avrebbe sovrapposto piani concettuali distinti, utilizzando una nozione di colpa grave costruita per ipotesi eccezionali e atipiche al fine di escludere il regresso anche in presenza di una condotta professionalmente censurabile, accertata sulla base delle risultanze istruttorie.

L'applicazione dell'art. 9 della l. n. 24/2017 sarebbe risultata, pertanto, viziata anche sotto il profilo della corretta sussunzione della fattispecie concreta nella nozione di colpa grave, avendo la Corte territoriale adottato un criterio valutativo eccessivamente restrittivo e non calibrato sul caso esaminato, finendo per escludere il regresso nonostante l'accertamento di una condotta non conforme alle regole di diligenza, prudenza e perizia e trasformando il requisito della colpa grave in una soglia pressoché irraggiungibile e svuotando di effettività l'azione di rivalsa della struttura sanitaria.

5.1. Il motivo è complessivamente infondato.

La Corte d'appello ha escluso la colpa grave non già facendo ricorso a una nozione astratta o estranea al quadro normativo, ma all'esito di una valutazione complessiva della condotta professionale del sanitario, alla luce delle risultanze istruttorie e, in particolare, della C.T.U.

Il richiamo, operato dalla Corte territoriale, alla definizione di colpa grave quale "eccezionale e inescusabile devianza dal programma condiviso di tutela della salute" si colloca nel solco della giurisprudenza di questa Corte che, in tema di responsabilità sanitaria, utilizza tale parametro per



delimitare l'area di operatività dell'azione di rivalsa, evitando che essa si risolva in una traslazione automatica sul sanitario di ogni ipotesi di colpa professionale.

Contrariamente a quanto sostenuto dalla ricorrente, la Corte d'appello non ha sovrapposto piani concettuali distinti, né ha applicato una nozione di colpa grave "eccezionale" propria di fattispecie atipiche o straordinarie. Al contrario, essa ha fatto applicazione di un criterio selettivo coerente con la funzione dell'art. 9 della l. n. 24/2017, che è quella di circoscrivere l'azione di rivalsa ai soli casi di maggiore gravità della colpa, escludendone l'operatività in presenza di meri profili di colpa professionale, atteso che la nozione di colpa grave non coincide con qualsiasi scostamento dalle regole dell'arte, ma richiede una valutazione qualificata della condotta, tale da evidenziare un grado di negligenza, imprudenza o imperizia eccedente l'ordinaria colpa professionale.

Il richiamo in rubrica agli artt. 1176 e 2236 c.c. non è illustrato e comunque non giova alla ricorrente. Tali disposizioni disciplinano, rispettivamente, il parametro della diligenza del professionista e la responsabilità per prestazioni implicanti la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, ma non impongono al giudice di qualificare come colpa grave ogni violazione delle regole di diligenza e perizia accertata in concreto.

La Corte territoriale ha tenuto conto delle risultanze della C.T.U., ha riconosciuto la sussistenza di profili di colpa professionale, ma ha escluso che tali profili integrassero una colpa di gravità tale da giustificare l'esercizio della rivalsa, con valutazione che attiene al merito e che è sorretta da motivazione congrua e non apparente.

In realtà, la doglianza della ricorrente si risolve nella richiesta di una diversa lettura delle risultanze istruttorie e di una rivalutazione del grado della colpa professionale, sollecitando questa Corte a sostituire il proprio apprezzamento a quello compiuto dal giudice del merito.



Tale operazione non è consentita in sede di legittimità, poiché la qualificazione della colpa come lieve o grave, ove fondata su un esame delle risultanze probatorie e su criteri giuridicamente corretti, rientra nel potere discrezionale del giudice di merito ed è insindacabile in cassazione.

Né può condividersi l'assunto secondo cui l'interpretazione adottata dalla Corte d'appello avrebbe "svuotato di effettività" l'azione di rivalsa. Al contrario, essa si pone in linea con la scelta legislativa di cui all'art. 9 della l. n. 24/2017, che ha inteso limitare l'azione di rivalsa ai soli casi di dolo o colpa grave, escludendo che ogni ipotesi di *malpractice*, pur accertata, legittimi automaticamente il recupero nei confronti del sanitario.

Ricorso incidentale condizionato del Palitta

6. In via subordinata, nell'ipotesi di accoglimento del terzo e del quarto motivo del ricorso principale, il Palitta deduce la violazione e falsa applicazione dell'art. 345 c.p.c., ai sensi dell'art. 360, primo comma, n. 3, c.p.c., in relazione alla ritenuta tardività dell'eccezione di nullità parziale dell'art. 7 del contratto di collaborazione intercorso tra il Palitta e il Policlinico di Monza Casa di Cura Privata s.p.a., sollevata in grado di appello.

Tale conclusione si porrebbe, ad avviso del ricorrente, in contrasto con il principio di diritto affermato dalle Sezioni Unite con la sentenza n. 7294 del 22.03.2017 secondo cui spetta al giudice del gravame il potere di rilevare d'ufficio la nullità di un contratto, ove sia investito di una controversia che presuppone la validità ed efficacia del rapporto contrattuale dedotto in giudizio.

Secondo il richiamato arresto delle Sezioni Unite, la nullità contrattuale integra un'eccezione in senso lato, come tale rilevabile d'ufficio anche in grado di appello, senza che trovi applicazione il divieto di nova di cui all'art. 345 c.p.c.

Nel caso di specie, la questione della validità dell'art. 7 del contratto costituiva un presupposto logico-giuridico imprescindibile per la decisione



sulla domanda di regresso, sicché la Corte territoriale avrebbe dovuto esaminarla anche indipendentemente dalla tempestiva deduzione di parte.

Peraltro, l'eccezione di nullità della clausola contrattuale sarebbe stata già sollevata da AmTrust nel giudizio di primo grado; circostanza anch'essa non considerata dalla Corte territoriale.

6.1. Il ricorso incidentale condizionato è assorbito dal rigetto del ricorso principale.

7. All'inammissibilità e all'infondatezza dei motivi conseguono il rigetto del ricorso principale e l'assorbimento del ricorso incidentale condizionato.

8. È opportuno precisare che la ritenuta infondatezza della domanda di rivalsa, quale ragione più liquida, rende ultroneo porsi la questione della rilevabilità anche d'ufficio della questione dell'ammissibilità della chiamata in garanzia del Palitta da parte della struttura nel giudizio risarcitorio promosso dalla Todisco nei soli confronti di quest'ultima, in forza dell'art. 9, primo e terzo comma, l. n. 24 del 2017; questione rimessa alla trattazione in Pubblica Udienza da Cass. 30/03/2026, n. 7608.

9. Le spese seguono la soccombenza e sono liquidate in favore del Palitta nella misura indicata in dispositivo. Niente deve essere liquidato in favore della Todisco (intimata) e di AmTrust (resistente), non avendo le stesse svolto attività difensiva in questa sede.

10. Ai sensi dell'art. 13, comma 1-*quater*, d.P.R. 30 maggio 2002, n. 115, come modif. dalla l. 24 dicembre 2012, n. 228, si dà atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento da parte della ricorrente dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato, pari a quello previsto per il ricorso, a norma del comma 1-*bis* dello stesso art. 13, se dovuto.

11. Va disposto che, in caso di utilizzazione del presente provvedimento in qualsiasi forma, ai sensi dell'art. 52 del d.lgs. n. 196/2003, sia omessa l'indicazione delle generalità e degli altri dati identificativi di Antonietta Todisco.



P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso principale; dichiara assorbito il ricorso incidentale condizionato. Condanna la ricorrente principale al pagamento delle spese di lite nei confronti del Palitta che liquida in euro 6.000,00, per compensi ed euro 200,00 per esborsi, oltre alle spese generali in misura del 15 % e agli accessori di legge.

Ai sensi dell'art. 13, comma 1-*quater*, d.P.R. 30 maggio 2002, n. 115, come modif. dalla l. 24 dicembre 2012, n. 228, dà atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento da parte della ricorrente dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato, pari a quello previsto per il ricorso, a norma del comma 1-*bis* dello stesso art. 13, se dovuto.

Dispone l'oscuramento dei dati personali come in motivazione.

Così deciso nella Camera di Consiglio del 9 aprile 2026 dalla Terza sezione civile della Corte di Cassazione.

Il Presidente

Emilio Iannello

