

Dipartimento di Medicina Sperimentale, Seconda Università degli Studi di Napoli  
Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione  
Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

## Responsabilità dell’Azienda Sanitaria Locale (ASL) per negligenza del medico convenzionato

Alessandro Feola<sup>1</sup>  
Valeria Marino<sup>3</sup>

Elisabetta Bernardel<sup>2</sup>  
Luigi T. Marsella<sup>3</sup>

### Introduzione

La tematica della responsabilità medica ha assunto negli ultimi anni una importanza sempre maggiore, soprattutto alla luce delle recenti riforme legislative, le quali, molto spesso, a dispetto di un intento chiarificatore, hanno finito per sollevare ancor più dubbi che in passato<sup>1,2,3</sup>. Alla legge si affianca poi il diritto vivente, di matrice giurisprudenziale, il quale, sempre più spesso si trova costretto ad intervenire al fine di colmare le lacune interpretative lasciate aperte da un legislatore superficiale e “sbrigativo”.

---

<sup>1</sup> Dipartimento di Medicina Sperimentale, Seconda Università degli studi di Napoli, Napoli, Italia.

<sup>2</sup> Dottore in Giurisprudenza, Roma, Italia.

<sup>3</sup> Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli studi di Roma “Tor Vergata”, Roma, Italia.

1) FEOLA, A., MARINO, V., MARSELLA, L.T.: Medical Liability: The Current State of Italian Legislation. *European Journal Of Health Law* 22 (4): 347-58, 2015.

2) CASTELLANO ARROYO, M., FERRARA, S.D.: La responsabilidad profesional medica en Europa. *Rev. Esp. Med. Legal.* 40(4): 161-6, 2014.

3) FERRARA, S.D., BACCINO, E., BAJANOWSKI, T., BOSCOLO-BERTO, R., CASTELLANO, M., DE ANGEL, R., PAULIUKEVICIUS, A., RICCI, P., VANEZIS, P., NUNO VIEIRA, D., VIEL, G., VILLANUEVA, E., THE EALM WORKING GROUP ON MEDICAL MALPRACTICE: Malpractice and medical liability. European Guidelines on Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation. *Int. J. Legal Med.* 127: 545-57, 2013.

Ed infatti, è stata proprio la giurisprudenza<sup>4</sup> ad operare un grande passo in avanti in merito alla responsabilità del medico, riconducendola alla responsabilità da inadempimento di un'obbligazione, di natura contrattuale, facendo propria la teoria del contatto sociale qualificato<sup>5</sup>.

È sempre grazie alla giurisprudenza che è stato possibile individuare il rapporto intercorrente tra paziente e struttura sanitaria, sotto forma di contratto atipico di ospitalità<sup>6</sup>. Ed inoltre è merito della elaborazione giurisprudenziale la configurabilità di una responsabilità solidale tra la struttura sanitaria ed i medici/sanitari suoi dipendenti, in applicazione dell'art. 1228 c.c.

Per le suddette ragioni è proprio alle pronunce giurisprudenziali che è rivolta la nostra attenzione.

In particolare, alla sentenza n. 6241 del 27 marzo 2015, con cui la III sez. civile della Corte di Cassazione si è pronunciata favorevolmente in merito alla responsabilità della ASL, in solido con il medico di base convenzionato, per una condotta negligente tenuta da quest'ultimo.

L'importanza ed innovatività della pronuncia in esame sta nel fatto di aver operato una vera e propria inversione di tendenza, rispetto a quello che ormai sembrava essere divenuto un orientamento "granitico".

### Il caso

Due coniugi convennero in giudizio l'Unità Sanitaria Locale (USL) 7 di Chivasso [in seguito diventata Azienda Sanitaria Locale (ASL) TO4] ed il medico di base affinché fosse accertata la responsabilità di quest'ultimo. Questi era accusato di aver tenuto un comportamento negligente, consistente nell'essere intervenuto con estremo ritardo alla chiamata effettuata da una donna in presenza di sintomi di ischemia cerebrale da parte del marito. Inoltre prescrisse delle cure inadeguate. Gli attori chiesero la condanna di entrambi i convenuti al risarcimento dei danni patiti dagli attori a seguito della paralisi della parte sinistra del corpo riportata dal danneggiato, a seguito della quale necessò di assistenza e cure continue.

Il Tribunale di prime cure condannò in solido il medico di base e l'ASL al risarcimento dei danni patiti dagli attori.

---

4) Cass. Sez. Un. 11 gennaio 2008, nn. 577 e 581.

5) Il concetto di "Schutzpflichten" agli inizi degli anni Trenta del secolo scorso da Heinrich Stoll. Tale categoria degli obblighi di protezione venne introdotta nell'ordinamento italiano grazie ad Emilio Betti e a Luigi Mengoni (sulla tematica Di MARZO, C.: Medical malpractice: the italian experience. *Chicago-Kent Law Review*. 87: 54-77, 2012).

6) Cass. Sez. Un., 1 luglio 2002, n. 9556.

La Corte d'Appello, viceversa, accolse il gravame proposto dalla ASL, escludendo la sua responsabilità ai sensi dell'art. 1228 c.c., osservando che il Servizio Sanitario Nazionale assume nei confronti dei cittadini degli obblighi meramente organizzativi, e non *“un obbligo diretto avente ad oggetto il contenuto della prestazione professionale”*.

La Corte esclude altresì che la responsabilità della ASL potesse trovare fondamento sull'art. 2049 c.c. in assenza di un rapporto di preposizione tra ASL e medico convenzionato, essendo quest'ultimo un libero professionista del tutto autonomo, scelto dal paziente liberamente, sul quale la ASL non esercita alcun potere di vigilanza, controllo o direzione.

Hanno proposto ricorso per Cassazione la donna in proprio, nonché la stessa unitamente al figlio, quali eredi del danneggiato, poi defunto.

La III sez. civile della Corte di Cassazione ha ribaltato la decisione della Corte d'Appello, avallando la ricostruzione del giudice di primo grado, enunciando il seguente principio di diritto: *“l'ASL è responsabile civilmente, ai sensi dell'art. 1228 c.c., del fatto illecito che il medico, con essa convenzionato per l'assistenza medico-generica, abbia commesso in esecuzione della prestazione curativa, ove resa nei limiti in cui la stessa è assicurata e garantita dal SSN in base ai livelli stabiliti secondo la legge”*.

### **Orientamento precedentemente seguito dalla giurisprudenza**

L'importanza di questa pronuncia può essere colta solo analizzando attentamente l'orientamento che, fino all'avvento della sentenza in esame, sembrava ormai consolidato.

La IV sez. Penale della Corte di Cassazione, che ha ripetutamente scrutinato la questione che qui occupa, si è sempre espressa negativamente rispetto alla configurabilità di una responsabilità solidale della ASL con il medico convenzionato<sup>7</sup>.

Tra le molte pronunce suddette, un particolare rilievo ha assunto la sentenza n. 36502 del 23 settembre 2008, nella quale i giudici di legittimità si sono espressi in tal senso in modo molto rigoroso, adducendo le seguenti argomentazioni.

Come primo motivo ostativo la Corte sostiene l'assenza di un rapporto d'immedesimazione organica e di ausiliarietà tra la ASL ed il medico convenzionato, in quanto il medico di base si pone a tutti gli effetti come un libero professionista non sottoposto ad alcun potere di vigilanza, controllo o direzione da parte della ASL.

---

7) Cass. Pen. IV sez. , 16 aprile 2003, n. 34460, RV 227765.

Guardando all'attività da questi effettivamente svolta si nota come egli sia del tutto libero nella predisposizione, organizzazione e scelta delle cure messe a disposizione del paziente.

Secondo questa impostazione, tali caratteristiche di autonomia e libertà esaurirebbero qualsivoglia significativa differenza tra la figura del medico convenzionato e quella del non convenzionato.

Di guisa che il medico di base non possa essere considerato un ausiliario della ASL, e pertanto non potrebbero trovare applicazione neppure gli artt. 1228 c.c. e 2049 c.c., i quali configurano una responsabilità a carico del datore di lavoro per i danni arrecati a terzi da suoi dipendenti o ausiliari con dolo o colpa. L'assenza del rapporto di ausiliarità farebbe pertanto venir meno la riferibilità alla ASL del fatto illecito commesso dal medico convenzionato.

Dopo aver affrontato il problema della "ausiliarità", i giudici analizzano la possibilità che si configuri un contatto sociale qualificato tra l'ASL ed il paziente, con conseguente insorgenza di un rapporto obbligatorio tra questi.

A tale interrogativo viene offerta risposta negativa, non potendosi riconoscere nel professionista una *longa manus* della ASL; tantomeno quest'ultima potrebbe essere identificata come un "imprenditore" o committente che organizza e controlla l'attività dei suoi collaboratori e del proprio personale.

Diversamente da quanto accade tra paziente e casa di cura, o azienda ospedaliera, tra i quali si instaura un contratto di speditività in virtù del quale la struttura si impegna a fornire prestazioni di natura alberghiera, a mettere a disposizione personale medico e paramedico e ad apprestare i medicinali e le attrezzature necessari, così costituendosi un rapporto atipico da cui discende una responsabilità ai sensi degli artt. 1228 e 2049 c.c., nel caso della ASL ciò non avviene.

Come terza argomentazione a sostegno della non configurabilità di una responsabilità della ASL in solido con il medico di base, i giudici escludono l'operatività del principio di apparenza. Infatti il medico di certo non prospetta al paziente di agire in rappresentanza della ASL, né circostanze esistenti possono indurre lo stesso ad un convincimento in tal senso.

### **Il revirement della giurisprudenza**

Con la sentenza in commento, la n. 6241 del 27 marzo 2015, i giudici di legittimità confutano tutte le precedenti argomentazioni addotte dalla stessa

giurisprudenza tese ad escludere la responsabilità della ASL in solido con il medico convenzionato.

La Corte pone il fondamento della propria decisione su una diversa ed evolutiva interpretazione della L. 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, nella quale sono indicati obblighi e poteri delle attuali ASL (precedentemente USL).

Con la normativa in esame il legislatore ha offerto una tutela effettiva al diritto alla salute, diritto fondamentale previsto dalla Carta Costituzionale all'art. 32 Cost., ispirandosi al principio di partecipazione democratica al SSN, ad una tutela indifferenziata, e soprattutto globale.

Per SSN si intende *“il complesso di funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione”*<sup>8</sup>.

Segnatamente all'art. 3 della L. 833/78 sono individuati i livelli di prestazioni minime che debbono essere garantite a tutti i cittadini, tra cui rientrano quelle curative, nonché l'assistenza medico-generica (come specificato dai successivi artt. 19 e 25).

Tale compito assistenziale è affidato dall'art. 14, terzo comma, lett. h) alle ASL regionali e locali, e rivolto ai cittadini iscritti in appositi elenchi, i quali vengono periodicamente aggiornati dalla ASL locale nel cui territorio il cittadino ha la residenza.

Con il D.lgs. n. 502/1992 le USL sono state trasformate in ASL, sotto la dipendenza della Regione. L'Azienda Sanitaria Locale, è definita come il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi organizzati in una certa area geografica, mediante i quali i Comuni, le loro Associazioni e le Comunità montane erogano ai cittadini l'assistenza sanitaria in conformità ai principi e agli obiettivi del SSN. La normativa in esame ha dotato le Asl di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica (art. 3).

Il cittadino ha la sola libertà di scegliere il medico tra il personale dipendente o convenzionato del SSN operante nelle ASL locali o nel comune di residenza.

---

8) FEOLA, T.: *Responsabilità legale del medico di medicina generale*. Minerva Medica, Torino, 1999.

Pertanto, nonostante la scelta del medico generico da parte del paziente avvenga su base fiduciaria, non può che ricadere sul medico convenzionato operante nel comune di residenza del cittadino-utente.

Del resto, i medici convenzionati sono selezionati sulla base di parametri definiti dagli accordi regionali. Ed il medico stesso eroga la propria prestazione di assistenza sanitaria generica proprio in forza del rapporto di convenzionamento con la ASL; anzi, il medico è obbligato ad erogare detta prestazione, non potendosi rifiutare, salvo il caso in cui sia cessato il rapporto fiduciario nei modi e nei limiti consentiti dalla legge in esame (art. 25 l. 833/78).

Nell'erogazione di tale prestazione il paziente-utente non deve corrispondere alcuna remunerazione nei confronti del medico, anzi, il pagamento anche parziale delle prestazioni dedotte nella convenzione causa il venir meno del rapporto con il SSN, e costituisce altresì un illecito disciplinare, che comporta una sanzione a carico del medico consistente nella cessazione del rapporto di convenzionamento.

Il medico di base è infatti remunerato dalla ASL. Il rapporto tra questi due soggetti non è un rapporto di lavoro subordinato, ma è un rapporto paritario di tipo autonomo parasubordinato.<sup>9</sup>

La Corte distingue nettamente il rapporto di convenzionamento con la libera professione che il medico generale può svolgere verso chiunque, al di fuori della prestazione medico-generica, senza recare pregiudizio al corretto svolgimento degli obblighi imposti dal rapporto di convenzionamento (di cui all'art. 8 co. 1, lett. c) del D.lgs. 502/1992).

Questa impostazione non è mutata con le riforme che hanno novellato la L. 833/1978, in quanto l'impianto è rimasto il medesimo. Anzi, si può sostenere che la riforma Costituzionale del Titolo V, avvenuta nel 2001, abbia attribuito poteri maggiori nei confronti delle Regioni, anche in ambito sanitario.

Ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lett. m) Cost., allo Stato spettano funzioni legislative e di programmazione a livello nazionale. Più specificamente: la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; mentre le Regioni esercitano funzioni legislative e amministrative nel territorio di competenza<sup>10</sup>.

---

9) Cass. Sez. Un. 24 febbraio 2000, n. 41.

10) MACCHIARELLI, L., ARBARELLO, P., DI LUCA, N.M., FEOLA, T.: *Responsabilità legale del medico di medicina generale*. Minerva Medica, Torino, 2005.

Secondo quanto stabilito dal D.lgs. n. 502/1992, di riordino della disciplina in materia sanitaria, le Regioni definiscono i piani sanitari regionali, i criteri di finanziamento, adeguano i piani regionali a quello nazionale, provvedono alla ripartizione del Fondo sanitario e provvedono alla delimitazione degli ambiti territoriali delle ASL.

Non può non notarsi come negli ultimi anni, grazie alle modifiche legislative intervenute, la competenza regionale in materia di organizzazione e di erogazione dell'assistenza sanitaria sia stata notevolmente ampliata, sebbene ad una crescente autonomia si affianchi un maggior carico di responsabilità sui competenti organi amministrativi.

Lo schema adottato dalla disciplina di riordino è frutto dell'ingresso nel nostro ordinamento del principio di sussidiarietà verticale che ha guidato la riforma costituzionale suddetta, secondo il quale le competenze di dettaglio debbono essere affidate, salvo alcune materie "protette", agli organi più vicini al cittadino, più idonei a conoscere le sue esigenze reali, che altrimenti rischierebbero di rimanere insoddisfatte dalla legislazione statale.

La Suprema Corte ritiene che le normative citate riconoscano un diritto soggettivo al cittadino-utente all'assistenza medico-generica, nascente direttamente dalla legge. La ASL sarebbe quindi obbligata ad erogare tale servizio, riservandosi però il potere di scegliere se avvalersi di personale medico già alle sue dipendenze, oppure di instaurare rapporti di convenzionamento.

Il passaggio più importante della sentenza in commento risiede proprio nel riconoscimento da parte dei giudici di legittimità della posizione della ASL come "*obbligazione ex lege di prestare l'assistenza all'utente del S.S.N.... Sebbene non derivante da "contratto" (né ovviamente da fatto illecito), la sua fonte è comunque da ricomprendersi tra quelle contemplate dall'art. 1173 cod.civ.(ossia in "atto o fatto idoneo a produrle") e relativa disciplina è quella, se non altrimenti specificamente derogata, di cui al titolo I ("Delle obbligazioni in generale") del libro IV del codice civile e cioè dettata dagli artt. 1173 e ss. cod.civ. Si tratta quindi di una obbligazione quod effectum contrattuale, per cui, segnatamente nella sua fase patologica, vengono in rilievo le disposizioni di cui agli artt. 1218 e ss. cod.civ."*

La Corte riconosce alla ASL il ruolo di debitore, che si avvale di personale medico dipendente o in rapporto di convenzionamento nell'esercizio della prestazione assistenziale; di guisa che il medico generico convenzionato si pone a tutti gli effetti come ausiliario della ASL.

Il medico non è parte diretta del rapporto giuridico obbligatorio che si

instaura tra ASL e paziente iscritto negli elenchi del S.S.N., ma interviene nella fase della sua esecuzione, per erogare quella che sarebbe la prestazione curativa propria della ASL.

Il medico di base deve adempiere alla prestazione sotto il controllo della ASL stessa, rimanendo invece libero per quanto attiene l'aspetto dei contenuti tecnico-professionali, in quanto espressione di un'opera intellettuale a carattere scientifico.

Proprio per tale particolare rapporto a carico della ASL si configura una responsabilità ex art. 1228 cod.civ., alla stessa stregua di quanto accade per la struttura sanitaria pubblica rispetto all'attività svolta dal personale medico dipendente.

I giudici di legittimità tengono a ribadire quanto già più volte enunciato<sup>11</sup> circa l'ambito applicativo dell'art. 1228 c.c., sottolineando come “*non sia dirimente la natura del rapporto che lega il debitore all'ausiliario, ma trova fondamentale importanza la circostanza che il debitore in ogni caso si avvalga dell'opera del terzo che nell'attuazione della sua obbligazione, ponendo tale opera a disposizione del creditore, sicché la stessa risulti inserita nel procedimento esecutivo del rapporto obbligatorio*”.

La Corte analizza poi il contenuto della responsabilità della ASL, escludendo che si tratti di una *culpa in eligendo* degli ausiliari, o *in vigilando* sull'attività da questi svolta, ritenendo piuttosto che essa si assuma del rischio connaturato nell'utilizzazione di soggetti terzi nell'adempimento dell'obbligazione<sup>12</sup>.

Del resto la stessa III sez. civile della Corte di Cassazione si era pronunciata in tal senso<sup>13</sup>, nonostante la questione riguardasse la responsabilità del Comune per i danni subiti da un minore affidato ad un centro estivo, istituito dallo stesso Comune. In questa occasione i giudici di legittimità hanno affermato che “*il debitore risponde quindi direttamente di tutte le ingerenze dannose che al dipendente o al terzo preposto, della cui opera comunque si avvale, che sono rese possibili dalla posizione conferitagli rispetto al creditore/danneggiato, e cioè dei danni che può arrecare in ragione di quel particolare contatto cui si espone nei suoi confronti il creditore*”.

---

11) Cass. 26 maggio 2011, n. 11590.

12) Con riferimento a diversi ambiti professionali, Cass. Civ. sez. III, 13 aprile 2007, n. 8826; Cass. Civ. sez. III, 4 aprile 2003, n. 5329; Cass. Civ. sez. III, 17 maggio 2001, n. 6756.

13) Cass. Civ. sez. III, 6 giugno 2014, n. 12833.

Il rapporto che si instaura tra medico generico convenzionato e cittadino-utente differisce da quello tra utente e concessionario, al quale per l'appunto l'amministrazione affida l'erogazione di un pubblico servizio. In quest'ultimo caso il rapporto del cittadino si instaura direttamente con il concessionario, il quale non è un ausiliario dell'amministrazione concedente. Da ciò discende che la Pubblica Amministrazione potrà rispondere dell'operato del concessionario solo per omessa vigilanza o controllo.

Nel caso che qui occupa, invece, l'obbligo di fornire la prestazione curativa e assistenziale sussiste esclusivamente in capo alla ASL; il fatto che questa si avvalga dell'opera del medico convenzionato costituisce una mera modalità di esecuzione della prestazione.

Si rammenti che la scelta del medico da parte del cittadino-paziente avviene nell'ambito di una rosa di medici precedentemente scelti e selezionati dalla stessa ASL, pertanto non è libera a tutti gli effetti. È pur sempre una scelta che si realizza nell'organizzazione della ASL di cui il medico è parte integrante.

Dopo aver efficacemente affermato il rapporto di ausiliarità tra medico convenzionato ed ASL, i giudici di legittimità analizzano la natura della responsabilità, riconducendola al contatto sociale, tenuto conto dell'affidamento che il medico crea per essere stato scelto e selezionato per offrire l'assistenza sanitaria.

Pertanto la sua prestazione, anche se non derivante da contratto, ma da altra fonte, ha pur sempre un contenuto contrattuale.

### **Conclusioni**

A parere di chi scrive questa pronuncia della Suprema Corte induce a riflessioni di non poco momento.

Da un lato sembra porsi in linea con l'orientamento ormai consolidato che riconosce la responsabilità della struttura sanitaria pubblica, per la condotta del medico suo dipendente.

Da un altro lato si pone in linea di continuità con l'intento che ha animato la Legge Balduzzi, (189/2012): un abbassamento dei costi delle polizze assicurative dei medici.

A bene vedere infatti, estendere la responsabilità nei confronti della ASL, ammettendo che questa risponda in solido con il medico convenzionato per la sua condotta dannosa comporta un ampliamento delle garanzie a favore

del cittadino-utente, il quale avrà un debitore in più sul quale rivalersi, senza sottovalutare che si tratta di un debitore dotato di risorse economiche certamente maggiori rispetto al singolo medico di base.

Da una prospettiva forse più pratica ci si chiede, però, se la pronuncia in esame non rischi di aprire le porte ad un numero indefinito di azioni risarcitorie nei confronti della ASL, con conseguenze dannose per il bilancio statale, considerando già i numerosi tagli ai fondi che ogni anno colpiscono la Sanità.

Dal punto di vista giuridico, infatti, le obbligazioni con solidarietà dal lato passivo, previste dagli artt. 1292 cod.civ. e ss., sono caratterizzate da un chiaro *favor creditoris*. Infatti il creditore, è libero di scegliere a quale dei condebitori domandare l'adempimento della prestazione, la quale deve essere resa per intero, indipendentemente da quali siano i rapporti interni tra i condebitori, salvo il caso in cui i soggetti dell'obbligazione abbiano stipulato un patto, contenente il c.d. "beneficium ordinis"<sup>14</sup>.

Certamente il cittadino-utente ove subisca un danno dall'operato del medico convenzionato, accertato in sede giurisdizionale, dopo la pronuncia in esame tenderà a chiedere la prestazione risarcitoria alla ASL, piuttosto che al medico, poiché tra i due coobbligati in solido questa presenta maggiori garanzie di successo, date le maggiori disponibilità economiche.

Certamente la ASL, una volta pagato per intero avrebbe il diritto di rivalersi sul medico convenzionato, ma ove questi decida di non adempiere, a sua volta la ASL dovrebbe intentare un'azione civile per ripetere quanto pagato. Ma un'azione legale comporta un ulteriore dispendio di risorse, e soprattutto una dilazione di tempo non indifferente, data la lentezza dei processi cui è soggetto il nostro sistema.

E qui si pone un ulteriore interrogativo, ossia se anche la ASL dovrà ricorrere a contratti di assicurazione per riuscire a rimanere indenne dalle azioni risarcitorie intentate dai cittadini-utenti. Ed ove la risposta fosse positiva a quanto ammonterebbe una polizza di tal fatta?

---

14) Si tratta di un beneficio accordato, in *epoca giustiniana*, al fideiussore: attribuiva a quest'ultimo, in ossequio al *principio di accessorietà*, la facoltà di pretendere che il creditore dirigesse l'azione in primo luogo contro il debitore principale. Il fideiussore poteva, in concreto, paralizzare con un'eccezione l'azione del creditore che avviasse una procedura esecutiva in suo danno, prima di avere inutilmente agito, in via esecutiva, sui beni del debitore principale. È previsto e disciplinato nell'ordinamento civilistico vigente dall'art. 1944 c.c. e costituisce un'importante deroga al principio secondo il quale il fideiussore è obbligato in solido con il debitore principale.

*Riassunto*

FEOLA A. – BERNARDEI E. – MARINO V. – MARSELLA L.T.: *Responsabilità dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) per negligenza del medico convenzionato.*

La recente pronuncia della Corte di Cassazione n. 6241 del 27 marzo 2015 rappresenta una importante inversione di tendenza in merito alla responsabilità della ASL per la condotta negligente posta in essere dal medico convenzionato a danno del cittadino-utente, in solido con questi.

Nell'articolo in esame si analizzerà la portata innovativa della sentenza in commento, messa in luce grazie al confronto con l'orientamento precedentemente invalso nella giurisprudenza di legittimità.

L'importante principio di diritto espresso in detta sede dalla Suprema Corte porta con sé anche degli interrogativi di carattere pratico, condizionati non solo da ragioni squisitamente giuridiche, ma anche di carattere sociale, a causa del costante deficit economico in cui versa la Sanità italiana.

*Summary*

I

FEOLA A. – BERNARDEI E. – MARINO V. – MARSELLA L.T.: *Liability of the Italian Local Health Authorities for negligence by accredited physicians.*

The recent decision by the Italian Court of Cassation (no. 6241/2015) represents a significant turn around on the joint responsibilities of the Local Health Authorities in cases of negligence by accredited physicians at the expense of the citizen-user. The article will analyze the innovative scope of this decision, illustrated through comparisons with the previously established case law. The decisions of the Supreme Court also bring up questions of a practical nature, influenced not only by purely legal factors, but also by social aspects, given the constant economic deficit faced by the Italian Healthcare System.

