

Cass., civ. sez. III, del 16 ottobre 2017, n. 24289

La questione è se sia ammissibile l'esercizio, da parte dell'Azienda sanitaria, dell'azione di rivalsa ex art. 1916 cod. civ. nei confronti degli autori degli illeciti che hanno cagionato la necessità di prestazioni mediche nei confronti degli assicurati con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Poiché l'azione di rivalsa prevista dall'art. 1916 cod. civ. è riservata all'assicuratore, la soluzione del quesito innanzi prospettato richiede anzitutto che si proceda alla qualificazione del rapporto intercorrente fra il Servizio Sanitario Nazionale e i cittadini in termini di assicurazione sociale o di mera prestazione assistenziale.

2.2 La tesi che qualifica il SSN come assicurazione sociale è stata affermata in più occasioni - ancorché in sede di riparto di giurisdizione - dalle Sezioni unite (Sez. U, Sentenza n. 7267 del 13/07/1990, Rv. 468235; Sez. U, Sentenza n. 6480 del 29/11/1988, Rv. 460800). Venne osservato che l'art. 63 della l. n. 833 del 1978 prevedeva, direttamente con il SSN, l'assicurazione obbligatoria contro le malattie dei cittadini non iscritti ad alcun ente mutualistico, previo pagamento all'INPS di un contributo annuo da determinarsi sulla base dei parametri fissati con decreto ministeriale (che tenevano conto delle variazioni previste nel costo medio pro-capite dell'anno precedente per le prestazioni sanitarie già erogate dal disciolto INAM). Ciò comportava l'insorgere di un rapporto previdenziale, caratterizzato da un vero e proprio diritto dell'assistito alle prestazioni sanitarie e dal correlativo diritto dell'Istituto a riscuotere il contributo.

Pertanto, in vigenza del sistema contributivo di finanziamento del SSN, agli enti gestori del servizio che avessero erogato prestazioni sanitarie in favore di vittime di lesioni derivanti da fatto illecito di terzi, spettava il diritto di surrogazione, ai sensi degli artt. 1916 e 1886 cod. civ., nei diritti delle vittime verso i terzi responsabili, attesa la natura assicurativa del rapporto tra detti enti e i cittadini utenti del servizio (Sez. I, Sentenza n. 4460 del 26/03/2003, Rv. 561439).

In particolare, il diritto di rivalsa Trovava fondamento nell'art. I, primo e terzo comma, della legge 3 dicembre 1931, n. 1580 (Norme per la rivalsa delle spese di ospedalità e manicomiali), disciplina che la giurisprudenza ha ritenuto non essere stata tacitamente abrogata dalla riforma sanitaria attuata con la legge n. 833 del 1978, istitutiva del SSN (Sez. I, Sentenza n. 481 del 20/01/1998, Rv. 511752; Sez. I, Sentenza n. 7989 del 01/10/1994, Rv. 487968).

Tuttavia, la riforma del '78, affermando il principio di gratuità delle prestazioni sanitarie rese dal SSN, aveva fortemente ridimensionato l'ambito operativo del diritto di rivalsa ex art. 1 legge n. 1580/1931, ristretto esclusivamente a quelle ipotesi, indubbiamente residuali, in cui la gratuità non sussistesse (per un'analitica ricognizione delle prestazioni sanitarie non gratuite si v. la già citata sentenza n. 4460/2003).

Inoltre, l'art. 38, terzo comma, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 (modificato dall'art. 45 della legge 23 dicembre 1998, n. 448) rinviava all'adozione di un regolamento ministeriale la disciplina organica del rimborso delle prestazioni erogate a favore dei cittadini a causa di incidenti stradali o di infortuni sul lavoro o malattie professionali.

2.3 Il quadro innanzi descritto - che, come s'è visto, pur conservando in linea di principio la regola della surrogazione, ne vedeva significativamente eroso l'effettivo ambito di applicazione - è radicalmente mutato con l'art. 36 d.lgs. 15 dicembre 1997, n. 446, che ha abrogato il sistema contributivo di finanziamento del SSN.

Per effetto di tale riforma si è avuta la c.d. "fiscalizzazione" del finanziamento del Servizio Sanitario, attuata mediante la sostituzione dei menzionati contributi sociali di malattia con entrate di natura fiscale.

Sul punto la giurisprudenza della Corte di cassazione univoca: al contributo dovuto al Servizio Sanitario Nazionale deve essere riconosciuta natura tributaria, desumibile dall'imposizione di un sacrificio economico attraverso un atto autoritativo ablatorio e dalla destinazione del relativo gettito alla copertura di spese pubbliche, nonché dalla sua riconducibilità, quale sovrainposta IRPEF, alle imposte sui redditi. Infatti si tratta di una imposta che non trova giustificazione in un rapporto sinallagmatico tra la prestazione e il beneficio ricevuto dal singolo, sussistendo tale imposizione anche se l'interessato, che pure ha il potenziale diritto a ottenere l'assistenza sanitaria, non vi ricorre (Sez. U, Sentenza n. 2871 del 06/02/2009, Rv. 606586; Sez. U, Ordinanza n. 123 del 09/01/2007, Rv. 600673).

Si tratta di pronunce rese, ancora una volta, in sede di riparto di giurisdizione (ma v. pure Sez. L, Sentenza n.20006 del 22/09/2010, Rv. 615283; Sez. 5, Sentenza n. 23800 del 22/12/2004, Rv. 578676), però dalle stesse - che nel dettaglio risentono delle diverse norme stratificatesi nel tempo è possibile tratte l'univoco principio che il finanziamento del SSN non si basa più su un criterio di natura previdenziale, bensì fiscale.

La natura tributaria del contributo per le prestazioni del servizio sanitario nazionale è stata infine espressamente affermata dall'art. 12, secondo comma, della legge 28 dicembre 2001, n. 448 (legge finanziaria 2002), sostitutivo dell'art. 2 del d.lgs. 31 dicembre 1992, n. 546 (disposizioni sul processo tributario).

2.4 Si pone, a questo punto, il quesito se il diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 cod. civ. per gli assicuratori possa tuttora estendersi e applicarsi alle Aziende sanitarie, il cui finanziamento non avviene più mediante una contribuzione di carattere previdenziale, ma tramite un'imposta fiscale (variamente denominata nel tempo, anche come "tassa sulla salute").

La risposta affermativa formulata dalla Corte d'appello fa perno sul regime di "assicurazione obbligatoria" tuttora previsto dall'art. 63 della legge n. 833 del 1978.

Di tale norma, però, si è occupata - sotto il diverso profilo dell'ammissibilità di un quesito referendario abrogativo - anche la Corte costituzionale, con sentenza n. 43 del 2000. In proposito il Giudice delle leggi ha osservato:

«La disposizione [...] stabiliva una regola diretta ad attuare la transizione dal sistema mutualistico, basato su un regime di assicurazione per categorie, ad un sistema di sicurezza sociale per tutta la popolazione, attuato mediante il Servizio sanitario nazionale, sin dall'origine costituito da funzioni, strutture e servizi diretti a garantire a tutti i cittadini i livelli di protezione stabiliti dal piano sanitario. Tale transizione è ormai compiuta. Non si è più, dunque, in presenza di un rapporto assicurativo, sia pure obbligatorio, né di prestazioni sanitarie dovute in ragione, se non in corrispettivo, di un

contributo. Il sistema complessivo delineato dalla legge n. 833 del 1978, sul quale non incide il quesito referendario, caratterizzato dalla universalità dell'assistenza, garantita dal Servizio sanitario nazionale a tutti i cittadini, il cui diritto deriva direttamente dalla legge, mentre l'iscrizione negli elenchi degli utenti (prevista dall'art. 19 della stessa legge) costituisce solo un adempimento amministrativo per l'organizzazione delle prestazioni (sentenza n. 39 del 1997).

La non configurabilità, nel contesto del sistema legislativo, di un meccanismo assicurativo, il quale costituirebbe invece il presupposto dell'iniziativa referendaria, è ancor più accentuata dalla avvenuta abrogazione dei contributi per il Servizio sanitario nazionale, disposta contestualmente al finanziamento dello stesso Servizio mediante il gettito fiscale previsto dal decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che ha istituito l'imposta regionale sulle attività produttive (in particolare artt. 36, 38 e 39).

In definitiva all'eventuale soppressione del secondo comma dell'art. 63 della legge n. 833 del 1978 non conseguirebbe l'effetto abrogativo prefigurato, che si vorrebbe far consistere nella possibilità di uscire dal Servizio sanitario nazionale scegliendo una assicurazione privata».

2.5 La condivisibile ricostruzione delle connotazioni strutturali e funzionali dell'attuale sistema del SSN rende evidente, in ultima battuta, che in capo alle Aziende sanitarie difetta la qualifica di assicurazione sociale (obbligatoria) che un tempo era invece loro riconoscibile.

Tale mutato quadro normativo reca la conseguenza che non ricorrono i presupposti per l'applicazione diretta dell'art. 1916 cod. civ.

2.6 Nell'attuale regime normativo non è possibile basare l'azione di rivalsa dell'Azienda sanitaria neppure sul già citato art. 1 della legge 3 dicembre 1931, n. 1580, che secondo giurisprudenza anche recente (Sez. 3, Sentenza n. 19642 del 18/09/2014, Rv. 632854) - troverebbe ancora residuale applicazione negli interventi socio assistenziali non immediatamente e prevalentemente diretti alla tutela della salute del cittadino.

Tale disposizione, infatti, è stata abrogata dal d.l. 25 giugno 2008, n. 122.

2.7 Infine, va verificata anche d'ufficio, trattandosi di una questione di diritto - la possibilità di (ri)qualificare l'azione di rivalsa dell'Azienda sanitaria come azione surrogatoria, ai sensi dell'art. 1203, n. 3, cod. civ.

Anche tale soluzione risulta però impercorribile, in quanto non è possibile individuare l'oggetto della surrogazione.

Infatti, il danneggiato che ha ricevuto cure gratuite non ha titolo per chiederne il rimborso al danneggiante, di conseguenza, non esiste un diritto in cui il SSN si possa surrogare. A tacere del fatto che - nell'ipotesi di specie - vi è disomogeneità fra la prestazione resa e il contenuto della pretesa fatta valere in via di surroga, in quanto il SSN renderebbe all'assistito una prestazione di servizi (sanitari), rivalendosi nei confronti del danneggiante per un credito pecuniario (il costo dei servizi sanitari).

2.8 In conclusione, l'azione di rivalsa esercitata dall'Azienda sanitaria nei confronti del ricorrente sprovvista di fondamento normativo. Essa, infatti, non trova appiglio né nell'art. 1 della legge 3 dicembre 1931, n. 1580, non più vigente; né nell'art. 1916 cod. civ., che si applica solo a vantaggio

degli assicuratori, qualifica non più riconoscibile al SSN, specie dopo l'introduzione del principio di gratuità delle prestazioni sanitarie e la fiscalizzazione del relativo finanziamento; né nell'art. 1203, n. 3, cod. civ., non ricorrendo i presupposti per l'azione surrogatoria ordinaria.

Il primo motivo deve essere dunque accolto.

3. Con il secondo motivo si deduce la violazione e falsa applicazione dell'art. 1916 cod. civ., nonché l'omesso esame di un fatto decisivo ai fini del giudizio.

Con l'articolata censura, il ricorrente sostiene che la Corte d'appello non avrebbe considerato che la rivalsa ex art. 1916 cod. civ. è da considerarsi una successione a titolo particolare dell'assicuratore nella posizione creditoria dell'assicurato nei confronti del responsabile del danno. L'infortunato, non avendo corrisposto alcunché a corrispettivo delle spese mediche ricevute, non potrebbe pretendere nulla nei confronti del responsabile civile. Non esistendo un credito cui surrogarsi, non potrebbe in alcun modo azionarsi una surroga.

Il motivo è fondato.

Con lo stesso, infatti, si prospetta una questione sovrapponibile a quella esaminata nel par. 2.7 in tema di surrogazione. Si tratta quindi di una censura fondata per le stesse ragioni ivi esposte.

4.1 Occorre a questo punto considerare che l'APSS aveva però formulato, fin dall'origine, cumulativamente anche domanda di risarcimento dei danni ai sensi dell'art. 2043 cod. civ., come si ricava già dalla lettera di costituzione in mora che ha preceduto l'emissione dell'ingiunzione di pagamento ex r.d. 14 aprile 1910, n. 639.

La Corte d'appello, attribuendo all'Azienda il diritto alla rivalsa previsto dall'art. 1916 cod. civ., ha dichiarato assorbito il motivo di impugnazione relativo alla possibilità di riconoscerle - in alternativa - il diritto al risarcimento del danno extracontrattuale.

L'accoglimento dei primi due motivi determina, quindi, la "reviviscenza" della domanda subordinata formulata dalla APSS, non vagliata dai giudici di merito.

4.2 La questione merita attenzione. Infatti, se, da un lato, è vero che all'APSS non spetta l'azione di rivalsa ex art. 1916 cod. civ. né simili, dall'altro lato va rilevato che la domanda risarcitoria formulata ai sensi dell'art. 2043 cod. civ. è invece astrattamente fondata.

Com'è noto, l'autore di un fatto illecito da cui sia derivato a terzi un danno alla salute, ha l'obbligo di risarcire tutte le conseguenze dirette del fatto, compresa la refusione del costo delle eventuali cure mediche e dell'assistenza sanitaria (ex plurimis: Sez. 3, Sentenza n. 10616 del 26/06/2012, Rv. 624916; Sez. 3, Sentenza n. 712 del 19/01/2010, Rv. 611107; Sez. 3, Sentenza n. 5504 del 08/04/2003, Rv. 561970).

Il SSN è un sistema costituzionalizzato di tutela della salute collettiva, che assicura a qualsiasi infortunato le necessarie cure mediche e l'assistenza sanitaria, qualora quest'ultimo non ricorra a prestazioni sanitarie erogate in regime privatistico.

Consegue che nel perimetro delle conseguenze dirette - e quindi risarcibili - del fatto illecito rientrano anche le prestazioni sanitarie eventualmente erogate dal SSN al danneggiato e 11 loro

relativo il costo. Si tratta, infatti, di un danno prevedibile (art. 1225 cod. civ.), giacché il danneggiante non può non sapere che il danneggiato sarà curato (quantomeno) dal SSN, essendo quest'ultimo un sistema generalizzato di tutela della salute di qualsiasi infortunato.

Nel quadro così delineato non assume alcun rilievo la circostanza che il SSN eroghi al bisognevole le cure in regime di gratuità. Sebbene l'infortunato non debba sostenere alcun esborso, ciò non toglie né che le prestazioni medico-sanitarie rese abbiano un costo oggettivo, né che di tale costo possa essere chiamato a rispondere, secondo la clausola generale della responsabilità aquiliana, il danneggiante. La gratuità delle prestazioni, infatti, è assicurata a chi ne ha bisogno, non anche a chi, con la propria condotta illecita, abbia determinato la lesione alla salute di terzi che necessitano dell'intervento del SSN.

Consegue che i costi dell'assistenza medica e delle prestazioni sanitarie eventualmente erogate dal SSN al danneggiato devono essere risarcite dall'autore del fatto illecito, quali conseguenze dirette e prevedibili, al pari di come lo sarebbero le spese sostenute dal danneggiato per ricevere le cure necessarie in regime privatistico.

Non assume rilievo la circostanza che il danneggiato si sia rivolto, per ottenere la necessaria assistenza medico-sanitaria, a strutture private o pubbliche. Nel primo caso, il danneggiante dovrà rimborsare al danneggiato gli esborsi sostenuti; nell'altro, nonostante il danneggiato non abbia sostenuto alcun esborso, il danneggiante sarà comunque tenuto a rifondere il costo delle prestazioni mediche e dell'assistenza sanitaria, in favore in tal caso - dell'Ente che le ha erogate.

L'erogazione gratuita delle prestazioni medico-sanitarie in favore dell'infortunato, del malato o del ferito, infatti, non comporta l'irresponsabilità del danneggiante.

Viceversa, a ragionare diversamente si perverrebbe all'affermazione dell'assoluta irresponsabilità del danneggiante, che, "garantito" dalla gratuità delle prestazioni che il SSN renderà al danneggiato, si sottrarrebbe all'obbligo della refusione delle cure mediche e delle prestazioni sanitarie rese necessarie quale conseguenza diretta del suo fatto illecito.

Ciò, chiaramente, non vale per le ipotesi in cui le prestazioni erogate dal SSN siano già altrimenti finanziate. Così avviene, in particolare, nel caso dei danneggiati dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, per il cui finanziamento è previsto un contributo sui premi delle assicurazioni per la responsabilità civile, a norma dell'art. 334 d.lgs. 7 settembre 2005, n. 209 "Codice delle assicurazioni private" (tale modalità di finanziamento, peraltro, era già prevista dall'art. 11-bis legge 24 dicembre 1969, n. 990, dall'art. 38 legge 27 dicembre 1997, n. 449, e dall'art. 89 legge 23 dicembre 2000, n. 388, oggi abrogati). Tale contributo espressamente dichiarato dalla legge come «sostitutivo delle azioni spettanti alle Regioni e agli altri enti che erogano prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale».

Ovviamente, in tali ipotesi non vi è spazio neppure per il risarcimento dei danni ex art. 2043 cod. civ. Da un lato, si pone l'evidente omnicomprensività della dicitura «sostitutivo delle azioni», cioè di "tutte" le azioni; espressione più appropriata, per le ragioni illustrate nelle pagine precedenti, di quella che era contenuta nell'abrogato art. 38 della legge n. 499 del 1997 («Contributo assicurativo sostitutivo delle azioni di rivalsa») e indicativa dell'intenzione di comprendere anche le azioni recuperatorie diverse da quella di rivalsa e quelle risarcitorie. Dall'altro, della responsabilità aquiliana

difetta pure l'elemento del danno, poiché le prestazioni medico-sanitarie sono già compensate secondo il meccanismo del prelievo legale sui premi assicurativi innanzi descritto.

Occorre aggiungere che il menzionato art. 38 della legge n. 449 del 1997 concerneva anche le prestazioni erogate da SSN a seguito di infortuni sul lavoro o malattie professionali e rinviava ad un emanando decreto ministeriale per la disciplina concernente il rimborso.

Tale disposizione, tuttavia, è stata abrogata e sostituita dall'art. 89, comma I, legge 23 dicembre 2000, n. 388, che ha limitato l'operatività del finanziamento attuato mediante un contributo sui premi delle assicurazioni per la responsabilità civile, alle sole prestazioni erogate ai cittadini coinvolti in incidenti di veicoli a motore o di natanti. Conseguenza che, a decorrere dal 10 gennaio 2001 (data di entrata in vigore della legge n. 388 del 2000), il contributo assicurativo «sostitutivo delle azioni» (originariamente previsto dall'art. 38 della legge n. 449 del 1997) non riguarda più le prestazioni medico-sanitarie erogate dal SSN in caso di infortuni sul lavoro o di malattie professionali.

Pertanto, è possibile affermare che, in relazione alle prestazioni medico-sanitarie erogate gratuitamente dal SSN, si possono distinguere quattro ipotesi:

- malattia o danno alla salute non addebitabile a colpa o dolo di terzi: al SSN non è consentita alcuna rivalsa nei confronti del degente o di altri;
- danno da circolazione stradale e dei natanti: la legge esclude espressamente l'azione di rivalsa, poiché i costi delle prestazioni erogate a tale titolo vengono finanziati mediante un prelievo sulle polizze assicurative; in tali ipotesi al SSN non è consentita neppure l'azione extracontrattuale di risarcimento dei danni, in quanto si tratta di prestazioni già compensate mediante un contributo sostitutivo sui premi delle assicurazioni obbligatorie per la responsabilità civile;
- infortuni sul lavoro e malattie professionali: dal 10 gennaio 2001 il caso non è più regolato dalla legge, poiché l'art. 38 della legge n. 449 del 1997 (che, a sua volta, rinviava ad un decreto ministeriale per la regolamentazione del settore) è stato abrogato e sostituito da previsioni analoghe, ma valesse solo per il danno da circolazione stradale e dei natanti;
- danno derivante da altre ipotesi di fatto illecito: le cure sono gratuite nel rapporto SSN degente, ma il primo, che subisce una perdita patrimoniale a causa del fatto illecito di un terzo, ha diritto ad essere risarcito da quest'ultimo ai sensi dell'art. 2043 cod. civ.

4.3 Come già in precedenza osservato, nella vicenda in esame la domanda risarcitoria ex art. 2043 cod. civ. ancora sub iudice, in quanto mai esaminata dalla corte territoriale.

La Corte d'appello ha dichiarato assorbite tanto la domanda subordinata dell'APSS, quanto le censure dell'appellante in ordine alla prova del nesso causale tra la condotta illecita e il danno risarcibile, trattandosi di una tesi illustrata solo nella prospettiva che l'azione dell'Azienda sanitaria fosse qualificata come aquiliana (soluzione dalla corte medesima scartata, in favore dell'azione ex art. 1916 cod. civ.).