



**REPUBBLICA ITALIANA**  
**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**  
**LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE**  
**SEZIONI UNITE CIVILI**

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati

Oggetto

SERVIZIO SANITARIO  
NAZIONALE  
REGIME CONVENZIONE  
AZIONE ADEMPIMENTO  
LEGITTIMAZIONE PASSIVA

Ud. 08/07/2025 P.U.

Cron.

R.G. n. 7536/2021

**SENTENZA**

**- ricorrente -**

**contro**

**- controricorrente e ricorrente incidentale -**

**contro**



**- controricorrente al ricorso incidentale -**

**FATTI DI CAUSA**

La Corte d'appello di Roma, con sentenza non definitiva n. 477/2020, pubblicata il 22/1/2020, ha riformato, in parte, la decisione di primo grado del Tribunale di Civitavecchia, che aveva, rigettate preliminarmente le eccezioni di giurisdizione e di difetto di legittimazione passiva, sostanzialmente accolto la domanda proposta, con ricorso ex art. 702-bis c.p.c., dalla Galileo Galilei s.r.l. (società erogatrice di prestazioni specialistiche in regime di accreditamento presso il Sistema Sanitario Nazionale), nei confronti della ASL Roma 4, condannando la convenuta al pagamento della complessiva somma di € 174.738,13, pari alla *«somma corrispondente alla decurtazione applicata - sull'erroneo presupposto che lo sconto tariffario di cui all'art. 1, comma 796, lett. o), della l. n. 296/2006, si applicasse anche successivamente al decorso del triennio 2007-2009 - nel periodo intercorrente tra il 1.1.2010 e [l']11.7.2013 (data di pubblicazione del decreto 313/13, col quale la Regione Lazio [aveva] recepito l'aggiornamento tariffario intervenuto con il dm 18.10.2012)»*.



La Corte d'appello, con tale sentenza non definitiva, ha accolto il gravame della ASL, limitatamente al motivo concernente il superamento del tetto di spesa assegnato alla struttura accreditata, rimettendo la causa sul ruolo per gli opportuni conteggi.

I giudici d'appello hanno confermato, respingendo il secondo motivo di gravame della Azienda Sanitaria, l'ordinanza di primo grado in ordine alla legittimazione passiva della ASL, argomentando che quest'ultima era *«parte degli accordi ex d.lgs. n. 502/1992, intercorsi con la società odierna appellata nel 2010, 2011 e 2012 (...), rappresentanti la fonte del rapporto contrattuale dedotto a fondamento della pretesa, il cui tenore letterale individua chiaramente la ASL come soggetto incaricato del pagamento»* (pag. 6 della sentenza d'appello). Né poteva trovare applicazione l'art. 1, comma 10, del d.l. n. 324/1993 (a tenore del quale *«nei rapporti con le farmacie, con i medici specialisti convenzionati e con le strutture private convenzionate, in caso di mancato pagamento delle relative spettanze, si deve considerare debitore inadempiente e soggetto passivo di azione di pignoramento per le obbligazioni sorte successivamente alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto l'ente incaricato del pagamento del corrispettivo, anziché l'unità sanitaria locale territorialmente competente»*), *«trattandosi di una domanda diversa da un'azione di pignoramento, o comunque da un'azione diretta ad ottenere sic et simpliciter il pagamento di somme dovute e venendo invece in considerazione la determinazione della misura dei corrispettivi, in relazione alla legittimità o meno della imposta decurtazione tariffaria»* (pag. 6 della sentenza d'appello).

I giudici di appello hanno poi ritenuto infondati anche altri motivi di gravame (il primo, in punto di giurisdizione, e i successivi terzo, quarto, quinto e settimo), rilevando, in particolare, che il disposto del comma 796 dell'art.1 (lett. o) della legge Bilancio 2007 e la disciplina relativa all'obbligo delle strutture accreditate di praticare sconti ai fini della remunerazione delle prestazioni sanitarie erano funzionali a garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica soltanto per gli anni 2007-2009 e non potevano pertanto avere applicazione per un periodo ulteriore, anche perché la legge finanziaria, per il successivo triennio 2009-2011, non aveva previsto né



confermato la tariffazione forfettaria pregressa, ma introdotto una nuova disciplina; neppure poteva ritenersi che il D.M. successivo del 18/10/2012 avesse indicato l'ultrattività dello sconto in esame (come affermato di recente in Cass. 10582/2018).

Il sesto motivo di appello, vertente sull'eccezione di superamento del *budget* di spesa assegnato dalla Regione alla Galileo Galilei, respinta in primo grado, è stato, invece, accolto, affermandosi che le fatture, riguardanti prestazioni rese successivamente al 2009, potevano essere pagate alla Galileo Galilei, senza praticare lo sconto, ma «*esclusivamente nell'ambito dei tetti di spesa anno per anno fissati, costituenti ...un limite insuperabile e ineludibile*» e tenuto conto dei pagamenti già effettuati dalla ASL 4 e ammessi dalla stessa creditrice.

La causa è stata quindi, con separata ordinanza, rimessa in istruttoria in punto di determinazione del *quantum debeatur*, invitandosi le parti ad effettuare specifici conteggi.

La Corte d'appello, con successiva sentenza definitiva n. 4367/2020, pubblicata il 22/9/2020, ha condannato la ASL Roma 4 al pagamento della minor somma di € 2,38,00, in quanto, dai conteggi espletati (dalla ASL in difetto di contestazione specifica della creditrice), risultava l'avvenuto superamento, mediante i pagamenti già effettuati per ciascuna annualità, dei tetti di spesa fissati per il quadriennio (dal 2010 al 2013), ad eccezione che per tale somma residua, ancora dovuta.

Avverso le suddette pronunce, la Lifebrain Lazio srl, già Galileo Galilei srl, propone ricorso per cassazione, notificato il 19/3/2021, affidato a complessivi cinque motivi, nei confronti di Azienda USL Roma 4 (che resiste con controricorso e ricorso incidentale condizionato, notificato il 28/4/2021, avverso la sentenza non definitiva n. 477/2020, in tre motivi).

La ricorrente principale ha replicato con controricorso al ricorso incidentale condizionato.

Il ricorso è stato assegnato alla Prima Sezione civile della Corte.

Con provvedimento del Presidente Aggiunto della Corte di Cassazione del 19/9/2024, è stata accolta, a fronte di un contrasto, perdurante nel 2024, nelle



Sezioni Semplici della Corte, l'istanza del difensore della ricorrente in via principale (presentata prima dell'adunanza camerale del 25 settembre 2024) di rimessione del ricorso alle Sezioni Unite, in relazione alla questione posta dal primo motivo di impugnazione incidentale avanzato dalla Azienda USL Roma 4, in punto di legittimazione passiva, in luogo della ASL convenuta, della Regione Lazio, quale Ente incaricato del pagamento del corrispettivo in relazione alle prestazioni autorizzate nell'ambito del servizio sanitario nazionale, in forza della Legge regionale n. 18/1994.

Entrambe le parti hanno depositato memoria nel dicembre 2024.

È stata acquisita la relazione n. 31/2025, predisposta dall'Ufficio del Massimario e del Ruolo presso questa Corte.

Il P.G. ha depositato memoria, concludendo, limitatamente alla questione per la quale era stata accolta l'istanza di assegnazione del ricorso alle Sezioni Unite, per il rigetto del primo motivo del ricorso incidentale condizionato dell'Azienda USL Roma 4, con richiesta di enunciazione di un principio di diritto secondo cui la legittimazione passiva in caso di contratti stipulati con le strutture private accreditate dalle ASL, ai sensi dell'art. 8-*quinques* d.lgs. 502/92, spetta alle ASL.

La ricorrente principale ha depositato memoria, chiedendo dichiararsi infondato il primo motivo di ricorso incidentale proposto dall'Azienda U.S.L. Roma 4 ed enunciarsi il principio di diritto secondo cui, in caso di contratti stipulati tra le strutture private accreditate e le Aziende UU.SS.LL., ai sensi dell'art. 8 *quinques* del D.Lgs. n. 502/1992, la legittimazione passiva spetti alle Aziende UU.SS.LL., con ogni conseguenziale pronuncia di legge.

### **RAGIONI DELLA DECISIONE**

1. La ricorrente principale lamenta, in relazione alla sentenza non definitiva della Corte d'appello: a) con il primo motivo, ex art. 360 c.p.c., comma 1, n. 5, l'omesso esame circa un fatto decisivo per il giudizio che è stato oggetto di discussione tra le parti; b) con il secondo motivo, ex art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3, la violazione e falsa applicazione dell'art. 8 *sexies* del D.Lgs. n. 502/1992, dell'art. 3, comma 6, del D.M. Sanità 15 aprile 1994, dell'art. 15, comma 15,



del D.L. n. 95/2012, dell'art. 8, comma 1, lettera b) e lettera d) e dell'art. 8, comma 3, della Legge n. 42/2009, dell'art. 1, comma 1-*bis*, della Legge n. 241/1990, degli artt. 1337 e 1338 c.c., dell'art. 1218 c.c.; c) con il terzo motivo, ex art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3 c.p.c., la violazione e falsa applicazione dell'art. 2697 c.c. e dell'art. 115 c.p.c.; d) con il quarto motivo, ex art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3, la violazione e falsa applicazione dell'art. 702 *quater* c.p.c..

In relazione alla sentenza definitiva, si lamenta, ex art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3, la violazione e falsa applicazione dell'art. 2697 c.c. e dell'art. 115 c.p.c., in punto di prova del credito azionato.

2. La ASL articola i seguenti motivi di ricorso incidentale condizionato, in relazione alla sola sentenza non definitiva n. 477/2020: a) con il primo motivo, ex art. 360 c.p.c., nn.3 e 4, la violazione e falsa applicazione dell'art. 1, comma 10, del D.L. n. 324/1993 (convertito in L. n. 423/1993) e dell'art. 100 c.p.c., per essere la Regione Lazio, in quanto Ente incaricato del pagamento del corrispettivo, l'unica legittimata passiva rispetto a domande di pagamento delle prestazioni sanitarie rese in regime di convenzione ; b) con il secondo motivo, ex art.360 c.p.c., nn. 3 e 4, la violazione e falsa applicazione, in via subordinata al primo motivo, dell'art. 102 c.p.c. e nullità del giudizio di primo grado per difetto di integrità del contraddittorio, dovendo essere convenuta in giudizio la Regione Lazio; c) con il terzo motivo, ex art. 360 c.p.c., n. 3, la violazione e falsa applicazione dell'art. 1, comma 796, lett. o), della L. n. 296/2006, nonché dell'art. 2 delle Preleggi, in relazione alla ritenuta durata limitata al triennio 2007/2009 della portata dell'art.1, comma 769, lett. o), della legge n. 296/2006 (laddove dispone che le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni sanitarie rese per conto del Servizio Sanitario Nazionale, debbano praticare uno sconto del 20% degli importi indicati, per le prestazioni di diagnostica, dal D.M. 22/7/1996).

Nei primi due motivi (nel primo, in via generale, nel secondo, sotto il profilo della conseguente nullità del giudizio per vizio del contraddittorio), la ASL assume che, in forza dell'art. 1, comma 10, D.L. n. 324/1993, soggetto passivo delle pretese patrimoniali avanzate da tutti i soggetti che erogano prestazioni



sanitarie in regime di convenzione sarebbe la Regione Lazio, ente in nome e per conto del quale la ASL procede alla relativa liquidazione. Ciò in coerenza con i poteri di determinazione dei criteri di finanziamento e dei *budget* di spesa, dalla legge riconosciuti – per l'appunto – in capo alle Regioni. E irrilevante dovrebbe ritenersi la circostanza che sia la ASL a stipulare le convenzioni ex art. 8-*quinquies* d.lgs. n. 502/1992 con le strutture interessate, dal momento che *«l'Ente incaricato al pagamento delle prestazioni rese dalla struttura privata accreditata per conto del S.S.N. rimane la Regione Lazio»*, sulle cui casse il relativo onere economico finisce per gravare. Conseguentemente, secondo la prospettazione della controricorrente-ricorrente incidentale, in via condizionata, il giudice di merito non avrebbe potuto emettere la statuizione di condanna nei confronti della ASL, o quantomeno non avrebbe potuto farlo senza che al processo partecipasse, in qualità di litisconsorte necessaria, la Regione Lazio.

Nel proprio controricorso al ricorso incidentale, la Lifebrain, in replica, deduce che la legittimazione passiva non potrebbe riconoscersi in capo a un soggetto terzo rispetto a quello che ebbe a stipulare gli accordi contrattuali, né la ASL Roma 4 aveva indicato in virtù di quali disposizioni o provvedimenti incaricato del pagamento, per il triennio 2010-2013, dovesse ritenersi altro soggetto. Pertanto, *«in difetto di prova circa la designazione da parte della Regione, in forza dell'art. 2, d.lgs. n. 502 del 1992, e dell'art. 2, comma 2, lett. c), della l.r. n. 18 del 1994, di un Ente incaricato del pagamento, la legittimazione passiva ricade comunemente in capo all'Azienda U.S.L. a cui compete, per espressa previsione legislativa, la concreta gestione dei servizi socio-sanitari ed a cui è demandato, per l'appunto, anche il compito di stipulare gli accordi contrattuali con le strutture accreditate»*.

3. Risulta, in via preliminare, necessario affrontare il tema dell'ordine di trattazione della questione posta con il primo motivo sollevato dalla ASL 4 nel ricorso incidentale condizionato, rispetto al ricorso principale della Lifebrain Lazio.

3.1. Queste Sezioni Unite (Cass. S.U. 5456/2009) hanno affermato il seguente principio di diritto: *«Il ricorso incidentale proposto dalla parte totalmente vittoriosa nel giudizio di merito, che investa questioni pregiudiziali di rito, ivi*



*comprese quelle attinenti alla giurisdizione, o preliminari di merito, ha natura di ricorso condizionato, indipendentemente da ogni espressa indicazione di parte, e deve essere esaminato con priorità solo se le questioni pregiudiziali di rito o preliminari di merito, rilevabili di ufficio, non siano state oggetto di decisione esplicita o implicita (ove quest'ultima sia possibile) da parte del giudice di merito. Qualora, invece sia intervenuta detta decisione, tale ricorso incidentale va esaminato dalla Corte di cassazione, solo in presenza dell'attualità dell'interesse, sussistente unicamente nell'ipotesi della fondatezza del ricorso principale».*

Le Sezioni Unite si sono confrontate con la sentenza Cass. S.U. n. 23019 del 31/10/2007, con la quale le stesse Sezioni Unite (superando un pregresso orientamento espresso in Cass. S.U. n. 212/2001, secondo il quale l'esame di questione pregiudiziale di rito o preliminare di merito, rilevabile d'ufficio, posta con ricorso in via incidentale dalla parte interamente vittoriosa nel merito, prescinde dalla sollecitazione delle parti e va compiuto e deciso sempre con priorità) hanno ritenuto che il ricorso incidentale proposto dalla parte totalmente vittoriosa nel giudizio di merito, che investa questioni pregiudiziali di rito (nella fattispecie, sulla giurisdizione) o preliminari di merito, ha natura di ricorso condizionato, indipendentemente da ogni espressa indicazione di parte, ma dev'essere esaminato con priorità «solo se le questioni pregiudiziali di rito o preliminari di merito rilevabili d'ufficio non siano state esaminate nel giudizio di merito, poiché quando le questioni siano state affrontate e decise dal giudice di merito esse cessano di essere rilevabili d'ufficio». E tale principio doveva essere coordinato con quello affermato nella successiva Cass. S.U. n. 24883 del 9.10.2008 (sul giudicato implicito in tema di giurisdizione), secondo il quale sulla giurisdizione può formarsi il giudicato implicito tutte le volte che la causa sia stata decisa nel merito, con la conseguenza che le sentenze di appello sono impugnabili per difetto di giurisdizione fino a quando sul punto non si sia formato il giudicato implicito o esplicito, operando la relativa preclusione anche per il giudice di legittimità.

Le Sezioni Unite del 2009, in linea, hanno affermato che, allorché la questione pregiudiziale o preliminare sia stata decisa dal giudice di appello, il riesame



della questione da parte della Corte di cassazione postula la proposizione di un'impugnazione, che è ammissibile in presenza di un interesse della parte, interesse che, per la parte totalmente vittoriosa, sorge solo nell'ipotesi della fondatezza del ricorso principale; in caso contrario, infatti, il ricorrente incidentale manca di interesse alla pronuncia sulla propria impugnazione poiché il suo eventuale accoglimento non potrebbe procurargli un risultato più favorevole in concreto di quello derivante dal rigetto del ricorso principale. E si è altresì ribadito che il principio secondo cui l'ordine logico delle questioni da esaminare è rimesso al giudice, vale solo per il primo grado; *«quando, invece, la decisione su una questione vi è stata, il riesame della stessa da parte del giudice dell'impugnazione è rimesso necessariamente all'impulso di parte, per il principio devolutivo che regge il sistema delle impugnazioni»* e quindi, se tale impulso di parte è condizionato all'accoglimento dell'impugnazione avversaria e al sopravvenire della soccombenza anche formale e dell'interesse all'impugnazione, in questi termini va valutato dal giudice il mezzo impugnatorio proposto. E comunque il rispetto del principio dell'ordine logico delle questioni da esaminare imponeva anzitutto l'esame del ricorso principale.

Di conseguenza, qualora sia intervenuta decisione sulla questione pregiudiziale di rito, ivi compresa quella attinente alla giurisdizione, o preliminare di merito, il ricorso incidentale va esaminato dalla Corte di cassazione, solo in presenza dell'attualità dell'interesse, sussistente unicamente nell'ipotesi della fondatezza del ricorso principale.

In conformità si sono espresse: Cass. S.U., n. 23318 del 4 novembre 2009; Cass. S.U. n. 7381 del 25/3/2013, ove le Sezioni Unite hanno affermato che, nel giudizio di cassazione, il ricorso incidentale proposto dalla parte totalmente vittoriosa nel giudizio di merito, che investa questioni preliminari di merito o pregiudiziali di rito (quale l'improponibilità dell'appello, comunque rigettato, in relazione all'intervenuta rinuncia preventiva all'impugnazione, disattesa nella sentenza gravata sul presupposto della nullità di detta rinuncia) ha natura di ricorso condizionato all'accoglimento del ricorso principale, indipendentemente da ogni espressa indicazione di parte, sicché, laddove le medesime questioni pregiudiziali di rito o preliminari di merito siano state oggetto di decisione



esplicita o implicita da parte del giudice di merito, tale ricorso incidentale deve essere esaminato dalla Corte solo in presenza dell'attualità dell'interesse, ovvero unicamente nell'ipotesi della fondatezza del ricorso principale; Cass. n. 4619 del 6/3/2015, Cass. n. 6138 del 14/3/2018, Cass. n. 25694 del 25/9/2024 (in quest'ultima, nella fattispecie, nell'unico motivo del ricorso incidentale si era posta la questione della preclusione da giudicato, intervenuto in un precedente giudizio, sulla quale si era espressa in senso negativo la Corte di appello, e questa Corte ha ritenuto che, avendo il ricorso incidentale natura di ricorso condizionato all'accoglimento del ricorso principale, indipendentemente da ogni espressa indicazione di parti, e poiché sulla questione specifica il ricorrente incidentale era risultato vincitore in sede di merito, l'esame della stessa dovesse essere subordinato al vaglio di fondatezza del ricorso principale); Cass. S.U., ord. n. 35308 del 30 novembre 2022; Cass. S.U. n. 34318 del 7/12/2023.

3.2. Deve poi richiamarsi altro orientamento, espresso nella sentenza n. 9671 del 19 aprile 2018, con il quale la Sezione Quinta civile di questa Corte ha affermato il principio: *«Il ricorso incidentale condizionato, proposto dalla parte interamente vittoriosa su questioni pregiudiziali decise in senso ad essa sfavorevole nella precedente fase di merito, può essere esaminato e deciso con priorità, senza tenere conto della sua subordinazione all'accoglimento del ricorso principale, quando sia fondato su una ragione più liquida che consenta di modificare l'ordine delle questioni da trattare, in adesione alle esigenze di celerità»*.

Nel dare applicazione al principio enunciato, questa Corte ha ritenuto logicamente pregiudiziale l'esame del ricorso incidentale - con il quale era stata denunciata la violazione dell'art. 112 c.p.c., per non aver il giudice del gravame accolto l'appello incidentale, ove era stata chiesta la declaratoria del passaggio in giudicato della sentenza di primo grado - e, ritenuta la sua fondatezza, lo ha accolto, dichiarando, conseguentemente, inammissibile il ricorso principale.

Questa Corte ha spiegato che la natura condizionata del ricorso incidentale, perché proposto dalla parte interamente vittoriosa con riferimento ad una questione pregiudiziale rimasta assorbita, non ne preclude l'esame (e la decisione) con priorità, quando sia fondato su una ragione più liquida, che



consenta di modificare l'ordine delle questioni da trattare, in adesione alle esigenze di celerità del giudizio e di economia processuale di cui agli artt. 24 e 111 Cost. e ciò, a maggior ragione, vale se - come nel caso lì in esame - la questione poteva essere rilevata d'ufficio e perciò era possibile superare la volontà della parte, manifestata con la proposizione del ricorso incidentale condizionato, di subordinare l'esame dell'impugnazione all'accoglimento del ricorso principale.

In senso analogo, Cass. Sez. L, n. 23531 del 18 novembre 2016.

Quindi, secondo tale indirizzo, il giudice di legittimità può sempre esaminare prioritariamente le questioni pregiudiziali, fatte valere con il ricorso incidentale condizionato, quando si tratta di questioni suscettibile di decisione più liquida nel senso della definizione della lite, mentre secondo l'orientamento espresso nelle decisioni per prime richiamate (par.3.1), il medesimo giudice può esaminare prioritariamente tali questioni solo se si tratta di questioni preliminari di merito o pregiudiziali di rito, rilevabili d'ufficio (posto che la rilevabilità d'ufficio della questione consente al giudice di non rispettare la subordinazione, che la parte ha dato, all'esame del ricorso incidentale per il solo caso di fondatezza del ricorso principale), ma «*che non sono state oggetto di una decisione esplicita o implicita del giudice di merito*».

Tuttavia, secondo il suddetto indirizzo qui in esame, tale inversione dell'ordine di trattazione del ricorso incidentale rispetto al ricorso principale è destinata ad operare solo in presenza di una ragione più liquida di definizione della lite.

3.3. Nel presente giudizio, la questione posta nel primo motivo dalla Asl, riguarda la legittimazione passiva della Asl o della Regione Lazio.

Va rammentato, in proposito, che la *legitimatio ad causam*, attiva e passiva, consiste nella titolarità del potere di promuovere o subire un giudizio in ordine al rapporto sostanziale dedotto, secondo la prospettazione della parte, mentre l'effettiva titolarità del rapporto controverso, attenendo al merito, rientra nel potere dispositivo e nell'onere deduttivo e probatorio dei soggetti in lite. Ne consegue che il difetto di *legitimatio ad causam*, riguardando la regolarità del contraddittorio, costituisce un *error in procedendo* ed è rilevabile d'ufficio in



ogni stato e grado del processo, con il solo limite della formazione del giudicato interno sulla questione (Cass. n. 7776/2017; Cass. n. 11744/2018; Cass. n. 29505/2020; Cass. n. 23721/2021), perché mira a prevenire l'adozione di una sentenza *inutiliter data*.

Questa Corte (Cass. 7776/2017) ha chiarito la differenza tra difetto di *legitimatio ad causam*, attiva e passiva, e carenza di titolarità del rapporto dedotto in giudizio: a) la prima attiene alla regolarità del contraddittorio (la sua violazione forma oggetto di *error in procedendo*, Cass. n. 28277/2005, e il difetto di *legitimatio ad causam* si è sempre ritenuto che potesse essere rilevato d'ufficio in ogni stato e grado del processo) e all'astratta possibilità che le parti del giudizio siano i soggetti cui si riferisce la norma invocata e «*richiede perciò solo l'interpretazione di tale norma, ai fini della «verifica, secondo la prospettazione offerta dall'attore, della regolarità processuale del contraddittorio»*(Cass., sez. II civ., 17 marzo 1995, n. 3110, Cass.. sez. II civ., 18 gennaio 2002, n. 548, e Cass., sez. I civ., 20 novembre 2003, n. 17606)»; b) l'effettiva titolarità del rapporto attiene a questione preliminare di merito e richiede, invece, anche un accertamento del fatto cui si ricollega la postulata qualificazione di diritto sostanziale e attiene al merito della controversia (Cass., sez. I, 20 novembre 2003, n. 17606, m. 568326) l'effettiva titolarità dal lato passivo del rapporto dedotto in giudizio.

Tale ultima questione (relativa alla titolarità del rapporto dedotto in giudizio), a seguito del principio espresso dalle Sezioni Unite nella sentenza n. 2951 del 16/2/2016 (nel senso che «*la carenza di titolarità, attiva o passiva, del rapporto controverso, è rilevabile di ufficio dal giudice se risultante dagli atti di causa*»), poiché attiene al merito, rientrando nel problema della fondatezza della domanda, ossia della verifica della sussistenza del diritto quale fatto valere in giudizio, e poiché la difesa con la quale il convenuto neghi la sussistenza della titolarità non si risolve un'eccezione in senso stretto (implicante necessità di introdurla nel giudizio nei tempi e nei modi previsti per le eccezioni di parte, con l'ulteriore conseguenza che spetta alla parte che prospetta tale eccezione l'onere di provarne la fondatezza), dev'essere comunque (come la questione



della *legitimitas ad causam*) verificata officiosamente dal giudice, in base alle risultanze di causa (Cass. 11744/2018; Cass. 8625/2025).

Nel secondo motivo del ricorso incidentale condizionato della Asl si pone poi una questione sicuramente di *legittimitas ad causam* passiva, denunciandosi un difetto di regolare contraddittorio, per mancata partecipazione al giudizio della Regione Lazio.

Le Sezioni Unite, nel 2016, pur ribadendo la distinzione tra legittimazione al processo (legittimazione ad agire in giudizio, che attiene al diritto d'azione) e titolarità della posizione soggettiva oggetto dell'azione e l'affermazione per cui il problema della titolarità della posizione soggettiva, attiva ma anche passiva, attiene al merito della decisione, cioè alla fondatezza della domanda, hanno ritenuto (discostandosi, sul punto, dall'orientamento allora maggioritario) che essa non rientri nel potere dispositivo della parti e nell'onere deduttivo e probatorio della parte interessata e non formi oggetto di un'eccezione in senso stretto. Quindi anche la carenza di titolarità, da lato attivo o passivo, del rapporto dedotto in giudizio, al pari della carenza della legittimazione ad agire, può essere eccepita in ogni grado e stato del giudizio, essendo una «*mera difesa*», può essere posta dal convenuto anche oltre il termine posto per le eccezioni in senso stretto e può essere sollevata d'ufficio dal giudice, può anche essere oggetto di motivo di appello, perché l'art. 345, secondo comma, c.p.c. prevede il divieto di «*nuove eccezioni che non siano rilevabili anche d'ufficio*». Il tutto, deve confrontarsi però con il rilievo del comportamento processuale del convenuto e con il principio di non contestazione che si riflette sull'onere probatorio.

In sostanza, alla luce delle Sezioni Unite del 2016, la contestazione, da parte del convenuto, della titolarità del rapporto controverso dedotto in giudizio dall'attore ha natura di mera difesa, proponibile in ogni fase del giudizio, senza che l'eventuale contumacia o tardiva costituzione assuma valore di non contestazione o alteri la ripartizione degli oneri probatori, ferme soltanto le eventuali preclusioni maturate per l'allegazione e la prova di fatti impeditivi, modificativi od estintivi della titolarità del diritto non rilevabili dagli atti.



3.4. Orbene, la questione, preliminare di merito, di difetto di legittimazione dal lato passivo, posta con il primo motivo del ricorso incidentale condizionato di Asl, rilevabile d'ufficio, è stata oggetto di statuizione espressa (in senso negativo, avendo la Corte territoriale respinto l'eccezione dell'appellante ASL) da parte della Corte d'appello.

Questa Corte dovrebbe quindi, alla luce dei principi sopra richiamati, esaminare anzitutto il ricorso principale, dovendo assicurarsi ulteriore continuità all'indirizzo in materia affermato da queste Sezioni Unite a partire da Cass. SU, 6 marzo 2009, n. 5456, secondo cui *«(a)nche alla luce del principio costituzionale della ragionevole durata del processo, secondo cui fine primario di questo è la realizzazione del diritto delle parti ad ottenere risposta nel merito, il ricorso incidentale proposto dalla parte totalmente vittoriosa nel giudizio di merito, che investa questioni pregiudiziali di rito, ivi comprese quelle attinenti alla giurisdizione, o preliminari di merito, ha natura di ricorso condizionato, indipendentemente da ogni espressa indicazione di parte, e deve essere esaminato con priorità solo se le questioni pregiudiziali di rito o preliminari di merito, rilevabili d'ufficio, non siano state oggetto di decisione esplicita o implicita (ove quest'ultima sia possibile) da parte del giudice di merito. Qualora, invece, sia intervenuta detta decisione, tale ricorso incidentale va esaminato dalla Corte di cassazione, solo in presenza dell'attualità dell'interesse, sussistente unicamente nell'ipotesi della fondatezza del ricorso principale»*.

E con la rimessione ex art.374 c.p.c. le Sezioni Unite sono state investite dell'esame di tutti i motivi del ricorso principale e di quello incidentale condizionato.

4.Ciò premesso, esaminando in via prioritaria il ricorso principale, al fine della verifica dell'attualità dell'interesse al ricorso incidentale condizionato della Asl, i primi quattro motivi sono rivolti a censurare le statuizioni della sentenza non definitiva n. 477/2020.

4.1. Il primo motivo è infondato.



Con esso si denuncia, in relazione alla statuizione con cui la Corte d'appello ha ritenuto provata da Asl l'eccezione inerente il superamento del *budget*, l'omesso esame di fatti decisivi per il giudizio che è stato oggetto di discussione tra le parti, rappresentati dalla circostanza che i conteggi riportati dall'Azienda nei propri scritti erano stati effettuati sulla base delle fatture, depositate dalla struttura ricorrente al sol fine di dimostrare l'illegittima applicazione dello sconto oltre il triennio di riferimento (doc. n. 1 fascicolo di primo grado), senza dimostrare l'avvenuto pagamento, e dal fatto che le fatture, da sole, sotto il profilo giuridico, non sono idonee a dimostrare l'intervenuto pagamento delle somme ivi riportate. Erroneamente, pertanto, la Corte d'appello ha ritenuto provato il pagamento delle fatture offerte in comunicazione dalla medesima Galileo Galilei s.r.l.

Orbene, anzitutto, l'onere di provare il mancato superamento del *budget* annuale, negli anni dal 2010 al 2013, gravava sulla struttura accreditata ricorrente (Cass. Civ., Sez. III, Ordinanza del 13/2/2018, n. 3403; conf. Cass. n. 23324 del 27/9/2018; Cass. n. 26234 del 16/10/2019; Cass- n. 5661 del 2/3/2021).

In Cass. 29474/2024 si è poi chiarito che *«In tema di remunerazione delle prestazioni sanitarie fornite in regime di accreditamento, la prova del superamento del tetto di spesa, costituendo fatto impeditivo della pretesa creditoria della struttura accreditata, grava sul debitore e deve consistere nella dimostrazione dell'effettivo pagamento delle prestazioni fino all'esaurimento del budget, essendo inidonea, a tal fine, la mera liquidazione del relativo importo»*.

Ma, in ogni caso, la Lifebrain ha agito in giudizio lamentando l'illegittima ultrattività del c.d. sconto previsto dalla Legge Finanziaria 2007 e di avere subito un'ingiustificata ed irragionevole decurtazione della remunerazione per gli anni 2010/2013, in quanto per le fatture relative alle prestazioni erogate *«il sistema ha generato fatture mensili riportanti la voce "applicazione sconto Legge Finanziaria 2007 L. 27-12-2006»*.

Quindi, la Lifebrain, già Galileo Galilei, agendo per il riconoscimento della sola presunta debenza in suo favore della somma pari ad € 182.807,16, della quale



assumeva essere creditrice a fronte dell'emissione delle fatture *allegate sub* doc. 1 al ricorso introduttivo e dalle quali risultava l'applicazione della decurtazione tariffaria, ha evidentemente dato atto che le fatture *de quibus* fossero state effettivamente saldate dal S.S.R. nel loro ammontare (*id est*, al netto dell'applicazione del c.d. sconto ex Legge Finanziaria 2007).

E la Corte di Appello di Roma ha correttamente statuito che «*All'atto della sua costituzione in giudizio la ASL aveva debitamente prodotto, a corredo della comparsa di costituzione, i Decreti commissariali che avevano fissato i tetti di spesa e nel corpo della comparsa ne aveva esplicitato la portata (pag. 32 e 33), indicando sia i tetti di spesa anno per anno fissati, sia anche gli importi già versati alla Galileo Galilei, a carico del SSR, quale pagamento delle fatture inviatele*» e che la Asl, in sede di memoria di costituzione depositata innanzi al Tribunale di Civitavecchia, aveva tempestivamente eccepito il superamento dei Budget 2010/2013, in conseguenza del raffronto tra i *budget* annualmente imposti alla struttura ed i pagamenti eseguiti in favore della medesima; ciò malgrado, la Galileo Galilei s.r.l., in sede di udienza ex art. 702 *ter* cod. proc. civ., aveva del tutto omesso la specifica contestazione del fatto dedotto dalla resistente e ciò con ogni altra conseguenza ai sensi e per gli effetti dell'art. 115 cod. proc. civ., che prevede l'onere di contestazione specifica dei fatti addotti dalla controparte processuale, dovendosi pertanto gli stessi, in difetto, considerarsi provati con conseguente esonero della parte dall'onere della prova.

4.2. La ricorrente principale, con il secondo motivo, ha dedotto la violazione e falsa applicazione dell'art. 8 *sexies* del D.Lgs. n. 502/1992, dell'art. 3, comma 6 del D.M. 15 aprile 1994, dell'art. 15, comma 15 del D.L. n. 95/2012, dell'art. 8, comma 1, lettera b) e lettera d) e dell'art. 8, comma 3, della Legge n. 42/2009, dell'art. 1, comma 1-*bis*, della Legge n. 241/1990, degli artt. 1337 e 1338 cod. civ., nonché dell'art. 1218 cod. civ., per non aver la Corte d'Appello rilevato che, dalla asserita illegittima *ultra* applicazione dello sconto di cui alla Legge Finanziaria 2007, sarebbe asseritamente conseguito, in relazione alla determinazione dei *budget* annuali, un vantaggio per il S.S.R. che avrebbe beneficiato di maggiori prestazioni a fronte del pagamento di minori importi alla struttura accreditata.



Anche tale censura è infondata.

Con il D.lgs. n. 502/1992, dopo l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ex L. n. 833/1978, si è operato un riordino della disciplina applicabile in materia sanitaria.

L' art. 8 ha affidato alle Regioni il compito di definire i requisiti minimi che le strutture devono avere per poter iniziare ovvero proseguire ad operare per conto del S.S.N. (art. 8, comma 4), introducendo un sistema basato su un corrispettivo determinato a fronte della prestazione resa al fine di perfezionare il controllo della spesa sanitaria pubblica (art. 8, comma 5) e prevedendo, altresì, la cessazione dei rapporti convenzionali in atto entro un triennio dall'entrata in vigore del decreto (art. 8 comma 7).

Successivamente e nel medesimo contesto di razionalizzazione della finanza pubblica, la L. n. 724/1994 ha disciplinato il sistema del pagamento a tariffa, introducendo limiti ben precisi di spesa regionale per ciascun anno (cfr. art. 6 della L. n. 724/1994).

Il D.lgs. n. 229/1999, modificando l'art. 1 del D.lgs. 502/1992, ha puntualizzato il principio per il quale deve procedersi contestualmente all'individuazione dei L.E.A. (Livelli essenziali di Assistenza) e dell'entità delle risorse finanziarie. Si sono aggiunti all'art. 8 del D.lgs. n. 502/1992 i successivi artt. 8-bis - 8-octies, definendo un sistema ancora più articolato di collaborazione tra strutture private e servizio pubblico, basato sulla pluralità di livelli destinati alla progressiva integrazione-autorizzazione, accreditamento ed accordi (le c.d. tre "A").

L'erogazione di prestazioni da parte della struttura accreditata presuppone la stipula di appositi accordi con i quali viene autorizzato lo stanziamento delle prestazioni, da remunerarsi con il sistema «a tariffa», entro un tetto massimo prefissato (art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 229/1999 che ha modificato il D.Lgs. n. 502/1992).

E l'art. 8-sexies prescrive che: «*Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui*



*all'articolo 8-quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione».*

La legge Regione Lazio n. 4 del 2003 è in linea con tali principi.

La legittimazione della struttura privata ad operare per conto ed a carico del S.S.N. trova un insuperabile limite normativo nella esistenza di un sistema di remunerazione ancorato a tariffe predeterminate con riferimento ad un tetto di spesa.

Ne consegue che al momento della sottoscrizione degli accordi, stipulati ai sensi e per gli effetti dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 229/1999 che ha modificato il D.Lgs. n. 502/1992, tali «tetti massimi di spesa» (*rectius*, i *Budget*) fissati dall'Amministrazione venivano inderogabilmente accettati senza riserve dalla Galileo Galilei s.r.l.

Il sistema di programmazione è incentrato su di un modello bifasico in seno al quale, alla fase autoritativa regionale, segue un momento di negoziazione su base territoriale.

In forza di tale modello bifasico, la Regione non solo definisce unilateralmente il tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni ed i preventivi annuali delle prestazioni, ma vincola la successiva contrattazione dei piani determinandone modalità ed indirizzi.

L'atto programmatico regionale rappresenta, in definitiva, il primo e fondamentale strumento di orientamento per le strutture sanitarie pubbliche e private.

Nella fase di negoziazione particolare, l'Azienda Sanitaria non può che applicare tali determinazioni programmatiche. Il numero delle prestazioni è direttamente correlato al fabbisogno assistenziale e l'entità della tariffa non incide né sul numero delle prestazioni né sul fabbisogno stesso.



In sostanza, la struttura sanitaria privata accreditata, salva la facoltà di censurare tempestivamente la determinazione del *budget* annualmente assegnatole dall'A.S.L. competente, deve attenersi al tetto di spesa e non erogare prestazioni oltre il suddetto *budget*.

E questa Corte (Cass. Civ., Sez. III, Sentenza del 29/10/2019, n. 27608) ha affermato che la struttura accreditata vanta un credito alla remunerazione delle prestazioni erogate, benché *extra budget*, «solo in astratto», in quanto, in concreto, «la remunerazione risultava inesigibile, con conseguente corretta declaratoria di non antiggiuridicità della condotta della Asl, stante la ricorrenza di un obbligo ex lege avente carattere prevalente rispetto agli accordi negoziali, risolvendosi tale obbligo in un *factum principis non imputabile*, cui la ASL e la Regione non avrebbero potuto sottrarsi». In presenza di un generale divieto di remunerazione di prestazioni *extra budget*, non si possono ritenere talune prestazioni rispondenti alle caratteristiche dedotte dalla ricorrente e comunque remunerabili, anche in ragione del pertinente rilievo che alla struttura accreditata è data la possibilità di rifiutare la prestazione, essendovi un obbligo solo per il servizio sanitario nazionale di erogare le prestazioni sanitarie all'utenza, mentre la struttura privata accreditata non ha obbligo di rendere le prestazioni agli assistiti oltre il tetto di spesa (Cons. Stato, sez. III, 07/01/2014, n. 2; Cons. Stato, sez. V, 30/04/2003, n. 2253).

E in Cass. 26334 del 29/9/2021 si è affermato che « *In tema di attività sanitaria esercitata in regime di accreditamento, è infondata la domanda di pagamento delle prestazioni sanitarie eccedenti il limite di spesa formulata dalla società accreditata nei confronti dell'ASL e della Regione, atteso che la mancata previsione dei criteri di remunerazione delle prestazioni eccedenti il tetto di spesa è giustificata dalla necessità di dover rispettare i vincoli pubblici imposti dalla copertura finanziaria delle relative leggi di approvvigionamento e dalla circostanza che la struttura privata accreditata non ha l'obbligo di rendere prestazioni eccedenti quelle concordate e gode comunque di una posizione di rilievo connessa alla affidabilità sul mercato derivante dall'avvenuto accreditamento*».



Nelle successive ordinanze nn. 56 del 3/1/2023 e 31991 del 17/11/2023, in tema di servizi ospedalieri, ai fini dell'operatività del meccanismo dei «tetti di spesa», si chiarito che occorre distinguere (almeno fino all'entrata in vigore dell'art. 79 d.l. n. 112 del 2008, conv. con modif. in l. n. 133 del 2008) tra strutture accreditate e strutture pubbliche o ad esse equiparate, cui appartengono gli istituti di ricovero e cura di carattere scientifico (IRCCS), poiché *«solo per le prime è possibile teorizzare un limite alle prestazioni erogabili»*, mentre per le altre, che fanno stabilmente parte del sistema sanitario nazionale, non è neppure ipotizzabile un'interruzione delle prestazioni al raggiungimento di un limite prefissato, non potendo tali strutture sottrarsi al dovere di offrire il servizio a tutti gli utenti, sia pure nei limiti consentiti dalla loro capacità operativa, determinata dall'assetto strutturale ed organizzativo.

4.3. Il terzo motivo, in punto di violazione dell'art.2697 c.c., è infondato per le ragioni già espresse.

A fronte della letteralità degli accordi (che contemplavano i tetti massimi annuali e il mancato riconoscimento delle prestazioni erogate *extra budget*), in applicazione del principio dell'onere della prova di cui all'art. 2697 cod. civ., era la Galileo Galilei s.r.l. (ora Lifebrain Lazio s.r.l.) a dover provare l'esistenza del fatto negativo (c.d. fatto costitutivo negativo), rappresentato dalla mancata erosione dei *Budget* annuali fissati per gli anni dal 2010 al 2013.

La doglianza in punto di violazione dell'art.115 c.p.c. è inammissibile.

Come precisato da questa Corte ( Cass. S.U. n. 20867 del 30/09/2020; conf. Cass. n. 16016 del 9/6/2021), in tema di ricorso per cassazione, per dedurre la violazione dell'art. 115 cod. proc. civ., *«occorre denunciare che il Giudice, in contraddizione espressa ovvero implicita con la prescrizione della norma, abbia posto a fondamento della decisione prove non introdotte dalle parti, ma disposte di sua iniziativa fuori dei poteri riconosciutigli (salvo il dovere di considerare i fatti non contestati e la possibilità di ricorrere al notorio)»*, mentre è inammissibile la diversa doglianza volta a censurare la valutazione che il giudice abbia svolto delle prove proposte dalle parti (sindacabile, quest'ultima, in sede di legittimità, entro i ristretti limiti del nuovo art. 360 , n. 5 cod. proc. civ., Cass.



Civ., 29/5/2018, n. 13395; Cass. Civ., ord., 31/8/2020, n. 18092), ovvero a lamentare che il giudice del merito, nel valutare le prove proposte dalle parti, abbia attribuito maggior forza di convincimento ad alcune piuttosto che ad altre, essendo tale attività valutativa consentita dall'art. 116 cod. proc. civ. (v. anche Cass., ord., 23/10/2018, n. 26769).

Nella specie, risulta dalla sentenza impugnata, che, a fronte dell'allegazione dei conteggi inerenti i pagamenti posti in essere dal S.S.R. nel quadriennio 2010 - 2013 effettuata dall'Azienda sanitaria controricorrente, la Galileo Galilei s.r.l. (ora Lifebrain Lazio s.r.l.) ha omesso di contestare specificamente il fatto allegato come presupposto dell'eccezione di superamento del *budget*.

4.4. Il quarto motivo censura la sentenza impugnata laddove la Corte di Appello di Roma ha ritenuto ammissibile il deposito delle fatture nn. 191110 e 20577 del 2013, eseguito dall'Azienda sanitaria innanzi alla Corte di Appello.

Anche il presente motivo è infondato.

In materia di procedimento sommario di cognizione, l'art. 702-quater cod. proc. civ., vigente *ratione temporis*, prevedeva «... Sono ammessi nuovi mezzi di prova e nuovi documenti quando il collegio li ritiene indispensabili ai fini della decisione, ovvero la parte dimostra di non aver potuto proporli nel corso del procedimento sommario per causa ad essa non imputabile ...».

In materia, questa Corte ha ritenuto che possono essere prodotti documenti nuovi in appello ove il Collegio li ritenga indispensabili, ed onerando, di conseguenza, il giudice di tale specifico accertamento (cfr. Cass. Civ., Sez. I, Sentenza del 12/11/2018, n. 28990).

In generale, si è ritenuto che, in tema di procedimento sommario di cognizione, l'art. 702-bis, commi 1 e 4, c.p.c., non contempla alcuna sanzione processuale in relazione al mancato rispetto del requisito di specifica indicazione dei mezzi di prova e dei documenti di cui il ricorrente ed il resistente intendano, rispettivamente, avvalersi, né alla mancata allegazione di detti documenti, al ricorso o alla comparsa di risposta; ne consegue l'ammissibilità della produzione documentale successiva al deposito del primo atto difensivo e fino alla



pronuncia dell'ordinanza di cui all'art. 702-ter c.p.c. (Cass. n. 46 del 7/1/2021;  
Cass. n. 19226/2024)

Le fatture in questione, emesse dalla Galileo Galilei s.r.l. nel secondo semestre del 2013, erano documenti indispensabili perché necessari al fine di dimostrare il superamento del *budget* assegnato per il 2013, in cui sarebbe incorsa la Galileo Galilei s.r.l. ove fosse stata confermata la statuizione resa dal Tribunale di Civitavecchia riguardo all'applicazione dello sconto di cui alla Legge Finanziaria 2007 oltre il triennio 2007-2009 e, pertanto, potevano essere depositati in sede di giudizio di appello.

4.5. L'unico motivo, il quinto, proposto avverso la sentenza definitiva, con il quale si lamenta la violazione e falsa applicazione degli artt. 2697 cod. civ. e 115 cod. proc. civ., è inammissibile.

La ricorrente principale lamenta che la Corte territoriale abbia ritenuto non necessario l'espletamento di una C.T.U. contabile in considerazione della circostanza per cui la Galileo Galilei s.r.l., in sede di note autorizzate depositate in data 3/9/2020, aveva omesso di contestare specificamente i conteggi allegati dalla Asl.

Ma, in applicazione del principio della contestazione specifica di cui all'art. 115 cod. proc. civ., che serve a delimitare il *thema probandum*, la parte non può limitarsi a negare i fatti affermati dalla controparte, ma deve contrastarli indicando altri ed ulteriori fatti positivi che siano con essi incompatibili (Cass. Civ., Sez. VI, 26/11/2020, n. 26908); in mancanza di tale indicazione, la contestazione è generica, e pertanto il fatto genericamente contestato non ha necessità di prova.

La statuizione della Corte d'appello, in punto di non necessità di una consulenza tecnica, risulta quindi corretta e non sindacabile in questa sede di legittimità.

5. Stante il rigetto del ricorso principale, il ricorso incidentale condizionato risulta assorbito.



6. Ciò posto, sussistono, tuttavia, i presupposti perché sulla questione posta dal primo motivo del ricorso incidentale condizionato (il secondo ponendo la questione della *legitimitas ad causam* e descrivendo una mera conseguenza in rito, difetto di regolare contraddittorio, della fondatezza del primo), per come deliberata dalla stessa sentenza impugnata, avente rilievo nomofilattico in presenza di pronunce espressione di indirizzi non sempre univoci e dell'interesse attuale alla definizione della questione atteso il contenzioso in essere presso questo giudice di legittimità, questa Corte a Sezioni Unite si pronunci d'ufficio nell'interesse della legge, ai sensi dell'art. 363 c.p.c., comma 3 (vedasi Cass. S.U. n. 11799/2017, su esame, ai sensi dell'art.363 c.p.c., di questione di particolare importanza sollevata con la rimessione alle Sezioni Unite, in ragione di contrasti in seno alle sezioni semplici, seppure posta in motivo non scrutinabile per assorbimento).

E occorre procedere alla ricostruzione del quadro normativo e della giurisprudenza di legittimità.

6.1 Nel sistema scaturito dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, S.S.N. (legge n. 833 del 1978), contraddistinto da una primazia del soggetto pubblico rispetto a quello privato, le convenzioni tra Unità Sanitarie Locali e strutture private si uniformavano a uno schema unico nazionale (artt. 43, 44 e 48 della l. n. 833/1978), al quale, in molti casi, si affiancava, a livello regionale, l'individuazione di una cd. U.S.L. «*capofila*», su cui, per ragioni organizzative interne, poteva essere concentrata la competenza ad effettuare i pagamenti diretti delle prestazioni effettuate dalle strutture convenzionate, senza che peraltro un tale schema organizzativo, interno al comparto amministrativo sanitario, valesse ad esonerare la U.S.L. territorialmente competente dall'obbligazione di pagamento del corrispettivo (Cass. n. 5177/1995).

Con la riforma del S.S.N., attuata dal d.lgs. n. 502 del 1992, si è provveduto ad una separazione dell'attività di programmazione e finanziamento del servizio sanitario (riservata allo Stato e alle regioni) da quella di concreta gestione dello stesso, affidata ad aziende sanitarie locali (che sostituirono le vecchie USL), congegnate secondo un modello imprenditoriale imperniato sull'autonomia patrimoniale, contabile e tecnica rispetto all'ente pubblico di riferimento;



attraverso il sistema del cd. accreditamento, le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, in possesso di determinati requisiti previsti dalla legge, sono autorizzate ad erogare prestazioni di assistenza sanitaria per conto del SSN, i cui costi vengono coperti (in tutto o in parte) dall'ente pubblico di riferimento e l'accreditamento si realizza attraverso un provvedimento amministrativo riconducibile alle concessioni di pubblico servizio, in virtù del quale l'Amministrazione accreditante conserva una posizione di supremazia rispetto al soggetto accreditato, esplicantesi (tra l'altro) attraverso una vigilanza che può portare alla sospensione o alla revoca della misura (Art. 8 - quater).

Il comma 2 dell'art.2 del d.lgs. 592/1992 stabilisce che *«spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere»*.

Quindi si instaura, tra i soggetti accreditati e l'ente accreditatore, un contratto accessorio (stipulato dalla Pubblica Amministrazione *iure privatorum*), con il quale vengono stabiliti tipologia, volumi e remunerazione delle prestazioni erogabili (art.8-*quinquies*; art. 8-*sexies*; per le Regioni autonome, vedasi art.15, comma 15, del d.l. n. 95/2012, conv. nella legge n. 135/2012);

Mentre spetta alle singole regioni, nell'ambito del piano sanitario regionale, regolamentare il concreto funzionamento del sistema dell'accreditamento, provvedendo al riparto delle risorse finanziarie tra le aziende sanitarie coinvolte, a queste ultime la legislazione regionale generalmente demanda la stipula degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-*quinquies* d.lgs. n. 502/1992, ai quali è rimessa la determinazione del corrispettivo delle diverse categorie di prestazioni contemplate e il *budget* complessivo posto a carico del Servizio sanitario.

L'art. 1, comma 10, del d.l. n. 324/1993 (convertito in legge n. 423/1993, l'11/11/1993), dispone che *«nei rapporti con le farmacie, con i medici specialisti convenzionati e con le strutture private convenzionate, in caso di mancato pagamento delle relative spettanze, si deve considerare debitore inadempiente e soggetto passivo di azione di pignoramento per le obbligazioni sorte*



*successivamente alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto l'ente incaricato del pagamento del corrispettivo, anziché l'unità sanitaria locale territorialmente competente».*

6.2. A seguito della riforma del Servizio Sanitario Nazionale, si è posto il tema se tale norma, letteralmente riferita alle vecchie USL (malgrado fissazione della data di cessazione delle stesse il 31/12/1993), si applicasse *«solo per le prestazioni autorizzate dall'U.S.S.L. nel regime anteriore alla riforma di cui al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (...) ovvero anche successivamente, con riferimento alle prestazioni sanitarie autorizzate dalle unità sanitarie locali che si [erano] costituite in aziende sanitarie locali»*, avendo alcune Regioni (tra cui la Regione Lazio) inteso perpetuare il modello organizzativo della *«tesoreria centralizzata»* (individuando una ASL o un'azienda ospedaliera *«capofila»* su cui accentrare la competenza al pagamento del corrispettivo delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate).

Questa Corte, con una prima sentenza del 2007 (Cass. n. 18448/2007), aveva optato per un'applicazione estensiva della norma (sia temporalmente sia oggettivamente, come riferita anche alle nuove aziende sanitarie locali) e, con riguardo alla Campania, in mancanza di diverse specifiche designazioni, da parte dell'ordinamento regionale, circa il soggetto incaricato del pagamento del corrispettivo per le prestazioni svolte in regime di convenzionamento, ha ritenuto che fosse la Regione il soggetto passivamente legittimato all'azione di adempimento ex art. 1, comma 10, citato, irrilevante essendo, a tal fine, la circostanza che la prestazione sanitaria fosse stata autorizzata dalla ASL, posto che *«l'autorizzazione della prestazione sanitaria costituisce non la fonte dell'obbligazione dell'unità che la autorizza, ma la condizione del pagamento da parte dell'ente obbligato per legge, e che è quello di ciò incaricato»*.

Nella pronuncia n. 13333/2015, con riferimento alla Regione Lazio, questa Corte ha condiviso la lettura estensiva della norma espressa nella pronuncia del 2007, cosicché, riguardo alle prestazioni svolte per conto delle ASL della provincia di Roma, legittimata passiva doveva ritenersi l'azienda ospedaliera San Giovanni - Addolorata, in capo alla quale la delibera della Giunta regionale n. 1761 del 2002 (sulla base della Legge regionale n. 18/1994) aveva



accentrato l'erogazione dei corrispettivi ai soggetti erogatori privati accreditati di specialistica ambulatoriale che insistevano sul territorio delle Asl di Roma e Provincia, sistema operante a partire dalla *«fattura del mese di gennaio 2003 pagabile il 30 aprile successivo»* (conf. Cass. 24639/2016; Cass. 26959/2016).

La esclusione della legittimazione passiva in capo alla ASL e l'attribuzione della stessa all'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, per quanto riguarda la Regione Lazio, è stata affermata anche in Cass. n. 17857/2018, ove si è chiarito altresì che, a seguito della *«regionalizzazione»* della sanità ad opera del d.lgs. n. 502/1992, *«le diversità strutturali ed il minore o maggiore accentramento delle competenze devono essere ricercati all'interno delle differenti legislazioni regionali attraverso le quali, tenendo conto delle specifiche caratteristiche territoriali, è stata riorganizzata sia la struttura operativa sanitaria locale che l'esercizio delle funzioni amministrative necessarie per il suo funzionamento»*, cosicché, a differenza dei criteri organizzativi adottati dalla Regione Calabria (che, con la l. reg. n. 24/2008, ha accentrato la gestione dell'assistenza sanitaria in capo alle ASL, restando la Regione titolare esclusivamente di poteri di programmazione, coordinamento e vigilanza sugli enti operanti nel settore), nella Regione Lazio, la delibera della Giunta n. 1761/2002 aveva individuato in tale Azienda Ospedaliera specifica e non nella ASL il soggetto incaricato del pagamento delle prestazioni oggetto di causa (conf. Cass. 21235/2019; Cass. 3676/2020; Cass. 28005/2021; Cass.24758/2021; Cass. 1564/2024; Cass. 3350/2024 e Cass. 11720/2024), con scissione conseguente tra ASL territoriale di riferimento e soggetto *«pagatore»*.

Si è quindi ritenuto necessario scrutinare, quanto alla Regione Lazio, i contenuti della delibera di Giunta regionale, per l'individuazione dell'ente incaricato del pagamento del corrispettivo quale soggetto debitore-inadempiente, in quanto, avuto riguardo al D.L. 27 agosto 1993, n. 324, art. 1, comma 10, conv., con mod., in L. 27 ottobre 1993, n. 423, la Regione Lazio, con la l. r. n.18/1994, avrebbe demandato alla Giunta Regionale l'individuazione del soggetto incaricato del pagamento delle prestazioni oggetto di causa.



Si ricava da alcune pronunce che, qualora non sia rintracciabile una delibera che designi altro soggetto quale incaricato del pagamento del corrispettivo, spetterebbe la legittimazione comunque alla Regione Lazio.

6.3. Con la c.d. Riforma Bindi, di cui al d.lgs. n. 229/1999, si è introdotto il sistema di accreditamento istituzionale, secondo il quale (essendo tre le fasi della sequenza gestionale: autorizzazione, accreditamento, accordo, cd. «3A») l'accreditamento non è più, di per sé, sufficiente all'esecuzione delle prestazioni per conto del SSN, essendo necessaria l'ulteriore fase contrattuale, la cui attuazione è generalmente demandata alle singole ASL, sulla base di modelli delineati dalla legislazione (o - più spesso - dalla regolamentazione amministrativa) regionale.

Le Sezioni Unite, con sentenza n. 35092 del 14/12/2023, nel ricostruire i tratti caratteristici dell'istituto dell'accreditamento, hanno ribadito come, in mancanza dell'accordo *de quo*, gli enti del S.S.N. non sono tenuti a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, in quanto il rapporto tra strutture accreditate e ASL poggia «*su una base strettamente negoziale, sì che al di fuori del contratto la struttura accreditata non è obbligata ad erogare prestazioni agli assistiti del Servizio sanitario*» e dal contratto scaturisce l'obbligo della struttura accreditata all'erogazione delle prestazioni agli assistiti, nonché il diritto al corrispondente pagamento da parte dell'amministrazione sanitaria.

Di conseguenza, se, come già chiarito dalla giurisprudenza, nell'ambito dei diversi moduli organizzativi concretamente adottabili in seno all'apparato regionale, l'obbligazione di pagamento può essere posta in capo ad un unico soggetto, eventualmente (ma non necessariamente) coincidente con una delle ASL in cui si articola il sistema sanitario regionale, con riguardo alla Regione Lazio, quest'ultima, come si evidenzia nella Relazione del Massimario, attraverso una serie di delibere della Giunta regionale (n. 813/2008, n. 58/2012, n. 358/2011 e n. 51/2012; da ultimo la delibera del Commissario *ad acta* n. 308/2015), ha successivamente abbandonato lo schema organizzativo dell'azienda «*capofila*» (nella specie, l'Azienda ospedaliera San Giovanni - Addolorata), adottando un sistema di pagamento diffuso tra le diverse ASL, chiamate a certificare i crediti delle strutture accreditate e a pagarli secondo



una tempistica determinata, a fronte del ricevimento di fatture ad esse intestate.

E così (e la giurisprudenza di merito già aveva seguito tale tesi), in Cass. n. 8845/2024 (la cui controversia aveva ad oggetto la domanda proposta da una struttura accreditata nei confronti dell'Azienda UsI Roma 6 per far dichiarare l'illegittima detrazione tariffaria operata in base alla legge finanziaria 2007, che prevedeva uno sconto tariffario per il triennio 2007/2009, e correlata condanna al pagamento del dovuto), si è ritenuta legittimata, nella contrapposizione Asl/Regione, esclusivamente la Asl, vale a dire il soggetto che si obbliga contrattualmente al pagamento del corrispettivo, in assenza di *«un qualsivoglia provvedimento indicante l'asserita legittimazione passiva della Regione Lazio»* (la quale, alla stregua dell'architettura generale della legislazione in materia, pur essendo l'Ente finanziatore delle ASL, *«rimane normalmente estranea alla concreta gestione dei servizi socio-sanitari, essendo titolare di competenze riguardanti esclusivamente la sfera delle programmazione, del coordinamento e della vigilanza sugli enti operanti nel settore»*);

Tuttavia, Cass. n. 21851/2023 ha accolto un motivo di ricorso per cassazione della ASL, che si doleva della sua affermata legittimazione passiva, in quanto *«la Regione Lazio con la l. r. n.18/1994 ha demandato alla Giunta Regionale l'individuazione del soggetto incaricato del pagamento delle prestazioni per cui è causa»* e la Corte d'appello aveva rigettato l'eccezione di difetto di legittimazione passiva con una motivazione inconferente, obliterando *«di scrutinare i contenuti della delibera di Giunta pertinente al caso di specie, al fine di individuare l'ente incaricato del pagamento del corrispettivo quale soggetto debitore-inadempiente»*. Si è quindi rilevato comunque un vizio motivazionale nella sentenza impugnata d'appello consistente nel mancato scrutinio delle delibere della Giunta regionale.

Nelle pronunce nn. 29099/2023 e 705/2024, sempre con riguardo alla Regione Lazio, si è affermato che *«in base alla legislazione nazionale e regionale il soggetto tenuto al pagamento delle prestazioni sanitarie nella regione Lazio coincide con l'ente regionale "incaricato del pagamento" e finanziatore, senza che sia necessaria la dimostrazione di una delibera di giunta, discendendo dalla*



*legislazione l'obbligo anzidetto» (viene richiamato, come in diversi dei precedenti citati, l'art. 2, comma 2, lett. c, della l. reg. Lazio n. 18/1994, ai sensi del quale la Giunta regionale «provvede alla determinazione dei criteri di finanziamento delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere ed assegna ed eroga alle stesse le risorse finanziarie»).*

Nella ordinanza n. 11720 del 2/5/2024 (nella quale una struttura accreditata aveva convenuto in giudizio sia l'Azienda U.S.L. Roma 2 sia la Regione Lazio, al fine di ottenere la corretta remunerazione delle prestazioni erogate nel quadriennio 2010-2013 - le quali erano state, invece, decurtate per essere stato ancora illegittimamente applicato lo «sconto» previsto dalla legge Finanziaria del 2007 - e la conseguente condanna delle convenute al pagamento del dovuto) si è accolto il motivo di ricorso per cassazione della Asl, ritenuta legittimata passiva nel giudizio di merito, con il quale si lamentava che il pagamento delle somme rivendicate dal Laboratorio era demandato, «per gli anni di riferimento», all'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Addolorata. In appello, si era ritenuto che la questione della legittimazione passiva della ASL, attenendo al merito e non all'individuazione del soggetto legittimato a ricorrere, non sarebbe stata rilevabile al di fuori delle preclusioni di cui all'art. 345 c.p.c. Questa Corte, premesso che tale questione, alla luce delle Sezioni Unite n. 2951/2016) era invece rilevabile di ufficio dal giudice, se risultante dagli atti di causa, ha fatto richiamo, in tema di organizzazione sanitaria, all'art. 1, comma 10, del d.l. n. 324 del 1993, conv., con modif., dalla l. n. 423 del 1993, disposizione che si è ritenuta applicabile anche dopo la riforma del sistema sanitario di cui al d.lgs. n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni, con riferimento alle prestazioni sanitarie autorizzate dalle unità sanitarie locali che si sono costituite in aziende sanitarie locali, nonché alla giurisprudenza pregressa che fonda la legittimazione passiva dell'ente, diverso dall'unità sanitaria locale competente, «incaricato del pagamento», «su leggi e relative delibere regionali, che espressamente prevedono - per ciascuna singola regione - la legittimazione dell'ente incaricato del pagamento del corrispettivo, per le prestazioni rese, nell'ambito del SSN, dalle case di cura accreditate». Si è quindi affermato che «la questione della individuazione del soggetto



*legittimato passivo per le obbligazioni di pagamento di prestazioni rese da soggetti convenzionati con il S.S.N. e autorizzate dall'Azienda sanitaria locale va risolta, per la Regione Lazio, alla luce del combinato disposto del D.L. 27 agosto 1993, n. 324, art. 1, comma 10, conv., con mod., in L. 27 ottobre 1993, n. 423, D.lgs. n. 502 del 1992, art. 2 e L.R. n. 18 del 1994, art. 2, comma 2, lett. c) (cfr. in tal senso, da ultimo, Cass. 1564/2024; Cass. 3350/2024)». Per la Regione Lazio, il soggetto legittimato è stato individuato nei precedenti richiamati nell'ordinanza n. 11720, nell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, come sostenuto dalla ASL ricorrente incidentale, con conseguente suo difetto, nella specie, di legittimazione passiva.*

Secondo il modello organizzativo della Regione Calabria, invece, la legittimazione passiva è stata fatta ricadere sulle ASL, in quanto le leggi regionali n. 29/2002 e 24/2008, nel riservare alla Regione solo i compiti di programmazione, coordinamento e vigilanza, avevano demandato alle ASL la stipula degli accordi ex art. 8-*quinquies* d. lgs. n. 502/1992 e in quanto, in mancanza di un provvedimento di incarico dell'Ente, soggetto terzo, gli effetti del contratto concluso tra ASL e struttura accreditata non possono che farsi ricadere sulle parti contraenti (Cass. n. 23067/2016; Cass. n. 22037/2016; Cass. nn. 11922, 11923, 11924 e 11925 del 2017; Cass. n. 5982/2019; Cass. n. 7745 /2020; Cass. n.18604/2020; Cass. n. 25851/2020; Cass. n. 13037/2022; Cass. n. 22509/2023; Cass. n. 34287/2023; Cass. n. 6788/2024; contra tale indirizzo solo Cass. n. 11258/2020, secondo cui la Regione Calabria è il titolare passivo dell'obbligazione di pagamento).

6.4. Orbene, osservano queste Sezioni Unite, l'art. 1, comma 10, del d.l. n. 324/1993, secondo cui *«nei rapporti con le farmacie, con i medici specialisti convenzionati e con le strutture private convenzionate, in caso di mancato pagamento delle relative spettanze, si deve considerare debitore inadempiente e soggetto passivo di azione di pignoramento per le obbligazioni sorte successivamente alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto l'ente incaricato del pagamento del corrispettivo, anziché l'unità sanitaria locale territorialmente competente»*, ha indubbiamente dettato



una disciplina derogatoria rispetto all'effetto giuridico normalmente promanante dalla fattispecie.

Ne consegue, sulla base anzitutto di un'interpretazione letterale del dettato normativo, che, in mancanza dell'esplicita indicazione di un «ente incaricato del pagamento del corrispettivo», legittimato passivo rispetto alla pretesa della struttura convenzionata deve essere ritenuta l'unità (o l'azienda) sanitaria locale territorialmente competente, la ASL (e prima la USL), parte del rapporto giuridico intrattenuto con i soggetti accreditati (e prima convenzionati).

E, d'altra parte, la fonte dell'obbligazione pecuniaria dedotta in giudizio è il contratto tra la ASL, ente pubblico dotato di personalità giuridica e autonomia patrimoniale (art. 3, comma 1-bis, d.lgs. n. 502 del 1992) e la struttura (autorizzata e) accreditata, che opera come strumento funzionale alla regolazione degli aspetti patrimoniali del rapporto (Cass. n. 29472 del 14/11/2024).

E la regola generale dell'art.1372, comma 2, c.c. prescrive che il contratto non produce effetto rispetto ai terzi che nei casi previsti dalla legge.

Il comma 10 dell'art.1 del d.l. n. 324/1993 contempla effettivamente la possibilità che il pagamento del debito facente capo alla ASL possa essere demandato a un ente diverso da quello che ha stipulato la convenzione e precisamente a un ente «incaricato del pagamento».

Ma ciò non implica (come invece ritenuto nelle pronunce n. 29099/2022 e n. 705/2024) la necessaria identificazione dell'ente suddetto - «incaricato del pagamento» - nell'ente finanziatore e quindi sempre nella Regione, la quale appresta i fondi necessari al finanziamento delle prestazioni svolte in regime di accreditamento.

L'art. 1, comma 10, del D.L. n. 324/1993, fa riferimento all' «ente incaricato del corrispettivo», non all' «ente finanziatore», né individua espressamente la Regione come l'Ente incaricato del pagamento delle prestazioni rese dalle strutture in regime di convenzione.



Se il Legislatore avesse voluto fare riferimento alla Regione, in quanto Ente finanziatore, lo avrebbe espressamente dichiarato, semplificando l'interpretazione.

Inoltre, seguendo tale interpretazione, si dovrebbe ritenere che, pur in mancanza di una specifica disposizione legislativa (sulla falsariga di quella che, per esempio, determinò la successione delle regioni nei debiti e crediti facenti capo alle sopresse USL: art. 6, comma 1, l. n. 724/1994 e art. 2, comma 14, l. n. 549/95), sia ipotizzabile, in capo alla Regione, rimasta estranea alla convenzione, una sorta di «*posizione di garanzia*» rispetto ai debiti contratti dalle ASL in forza della generale responsabilità patrimoniale conseguente all'inadempimento di un'obbligazione assunta nell'ambito di un rapporto contrattuale.

Occorre invece, per escludere la legittimazione passiva della contraente Asl, uno specifico atto di «*incarico*», secondo l'impostazione fatta propria Cass. n. 13333/2015, n. 26959/2016 e n. 24639/2016, con riguardo al - passato - modello organizzativo della ASL «*capofila*», attuato nella Regione Lazio, con la delibera della Giunta regionale n. 1761 del 2002 (la cui efficacia esterna, è garantita dal rango della norma primaria, l'art.1, comma 10, citato, che ha trovato attuazione in tale delibera) e mediante l'accentramento del servizio di pagamento delle strutture accreditate nell'azienda ospedaliera San Giovanni - Addolorata.

In mancanza di un provvedimento di «*incarico*», adottato in seno all'ordinamento regionale, come diverso modulo organizzativo (il quale, valendosi della facoltà accordata dall'art. 1, comma 10, d.lgs. n. 324/1993, demandi la funzione di pagamento a un diverso soggetto), gli effetti del contratto concluso tra ASL e struttura accreditata non possono riverberarsi, secondo le regole generali civilistiche, nei confronti (e, dunque, in danno) di un soggetto terzo (vale a dire la Regione), come correttamente ritenuto in Cass. n. 8845/2024 e Cass. n. 21851/2023, quanto alla Regione Lazio.

E osserva anche il P.G. - richiamate le argomentazioni espresse nella recente Cass. n. 8845/2024, che, a sua volta, si è conformata ai principi espressi in



Cass., 28 febbraio 2019, n. 5982 - che con il d.lgs. n. 229/1999 (la cd. riforma Bindi) è mutato l'assetto normativo, ponendosi *«ogni potere d'intervento diretto in materia di assistenza socio-sanitaria compete alle A.S.P., ivi compresa l'instaurazione di rapporti contrattuali con le strutture pubbliche e private chiamate a rendere le relative prestazioni in regime di accreditamento, mentre alla Regione sono riservati esclusivamente compiti di programmazione, coordinamento e vigilanza, tra i quali è compresa anche la ripartizione tra le A.S.P. delle risorse economiche necessarie per l'effettuazione dei predetti interventi»*.

Il d.lgs. 229/1999 ha posto al centro dell'attività pubblica di assistenza socio-sanitaria le *«aziende unità sanitarie locali»* (ossia le ASL), le quali hanno *«personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale»* (art. 3 comma 1-bis d.lgs. 502/92) e *«definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliere universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, nonché con le organizzazioni pubbliche e private accreditate per l'erogazione delle cure domiciliari»* (art. 8-quinques, comma 2, del d.lgs. 502/92). È previsto che tali accordi e contratti possano essere conclusi pure dalle Regioni oltre che dalle ASL (vedi l'art. 8-quinques comma 2 appena cit.).

Ma sempre in forza dello strumento contrattuale, deputato a individuare il legittimato passivo: se il contratto è concluso dall'ASL, questa è la parte debitrice.

Se il legislatore del 1999 ha inteso introdurre lo strumento negoziale nell'ambito dell'attività pubblica volta alla erogazione del servizio pubblico di assistenza sanitaria, demandato, quanto alle attività di laboratorio, riabilitazione, etc., alle strutture private accreditate (secondo il noto sistema delle «3A», ossia autorizzazione, accreditamento, accordo), l'accordo è l'ultimo necessario elemento per il sorgere delle reciproche obbligazioni in capo ai centri privati e alla pubblica amministrazione.

Quando il legislatore ha voluto escludere la legittimazione passiva delle ASL lo ha previsto espressamente, come ad esempio per i debiti delle disciolte USL,



per le quali sono state create gestioni liquidatorie sostanzialmente facenti capo alle regioni (art. 2, comma quattordicesimo, della legge 28 dicembre 1995, n. 549).

L' art. 1 comma 10 decreto legge 324/93, convertito dalla legge 423/1993 è una norma relativa all'assetto anteriore alle modifiche introdotte dalla c.d. riforma Bindi, nel quale non vi era il contratto quale requisito necessario per perfezionare il rapporto con i centri privati.

La sua interpretazione non può quindi prescindere dal confronto con l'assetto nuovo introdotto con il d.lgs. n. 229/1999 sino al punto di considerare del tutto irrilevante il dato, ritenuto invece decisivo dall'art. 8 - *quinques* d.lgs. 502/02, della stipula del contratto.

Secondo l'interpretazione da dare all'art.1 comma 10 del d.lgs. 324/1993, implicante la necessità di una specifica disposizione normativa per l'attribuzione a un soggetto terzo rispetto al rapporto contrattuale dell'obbligazione di pagamento delle prestazioni sanitarie da parte degli accreditati, in difetto di questa esplicita previsione, alla regione si attribuiscono mere «*competenze riguardanti esclusivamente la sfera della programmazione, del coordinamento e della vigilanza sugli enti operanti nel settore*» e i contratti posti in essere fanno capo alle ASL, ove da queste stipulati.

L'art. 2 lett. c) della legge Regione Lazio n. 18/1994, «*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*», secondo cui, «*Fatte salve le competenze del Consiglio regionale, la Giunta regionale, nei confronti delle aziende di cui all'art. 1 - le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere - : ..... c) provvede alla determinazione dei criteri di finanziamento delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere ed assegna ed eroga alle stesse le risorse finanziarie*», non afferma che la Regione Lazio possa individuare, con delibera di giunta, il soggetto obbligato al pagamento nei confronti dei centri accreditati, in luogo dell'unità sanitaria locale territorialmente competente.



Tale disposizione si limita a ricondurre all'ente regionale l'attività di programmazione («*determinazione dei criteri di finanziamento*»), promozione, indirizzo e supporto, nonché vigilanza, rispetto all'attività in concreto svolta dalle «*aziende unità sanitarie locali*» e dalle «*aziende ospedaliere*», e assegnazione delle risorse alle ASL (le «*aziende di cui all'art. 1*»), le quali appunto vengono indirettamente individuate come le interfacce nei rapporti con i centri privati; le ASL beneficiano delle risorse assegnate dalla Regione Lazio e sulla base di esse agiscono e si obbligano nei confronti dei centri accreditati.

Da rilevare che, nel presente giudizio, la Asl, nel motivo di ricorso incidentale condizionato, non deduce che legittimata passiva sia l'Azienda Ospedaliera San Giovanni -Addolorata, quale Ente incaricato del pagamento, individuato dalla Regione Lazio, in forza dell'art. 2, D.Lgs. n. 502 del 1992, e dell'art. 2, comma 2, lett. c), della L.R. n. 18 del 1994, come affermato in vari arresti di questa Corte (ma in relazione a periodi specifici e a specifiche delibere della Giunta Regionale che avevano conferito a tale Azienda Ospedaliera l'incarico di eseguire i pagamenti delle prestazioni sanitarie alle strutture accreditate), ma sostiene che la Regione Lazio sia unica legittimata passiva, quale Ente finanziatore. Nella specie, i contratti per gli anni 2010, 2011, 2012 e 2013, sono stati stipulati dall'Azienda ASL Roma 4 e la legittimazione passiva doveva competere a detta ASL, secondo il principio di diritto che queste Sezioni Unite enunciano ex art.363 c.p.c..

6.5. In conclusione, le Sezioni unite risolvono la questione di massima affermando, ex art. 363 cod. proc. civ., il principio di diritto seguente:

*«La legittimazione passiva nelle azioni promosse da soggetti che erogano prestazioni sanitarie in regime di convenzione con le aziende sanitarie locali, ai sensi dell'art. 8-quinques d.lgs. 502/92, spetta a queste ultime, in difetto, ai sensi dell'art.1, comma 10, d.l.n. 324/1993, convertito in legge n 423/1993, di disposizione di legge regionale o, solo se richiamato in ambito contrattuale, di un provvedimento dell'autorità regionale che indichino un diverso Ente incaricato del pagamento per gli anni in contestazione».*



7. Per quanto sopra esposto, va respinto il ricorso principale, assorbito quello incidentale condizionato, e, nell'interesse della legge, ex art.363 c.p.c., va enunciato il principio di diritto di cui sopra.

Le spese, liquidate come in dispositivo, seguono la soccombenza.

P.Q.M.

La Corte respinge il ricorso principale, assorbito quello incidentale condizionato, e, nell'interesse della legge, ex art.363 c.p.c., enuncia il principio di diritto di cui in motivazione.

Condanna la parte ricorrente, in via principale, al pagamento delle spese del presente giudizio in favore della controricorrente, che liquida in €. 8.000,00, oltre oltre 200,00 per esborsi, nonché al rimborso forfetario delle spese generali nella misura del 15% ed agli accessori di legge.

Ai sensi dell'art. 13, comma 1-*quater*, del d.P.R. n. 115 del 2002, inserito dall'art. 1, comma 17, della legge n. 228 del 2012, dichiara la sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte della ricorrente principale, 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.

Così deciso, in Roma, nella camera di consiglio dell'8 luglio 2025.

Consigliera Est.

Giulia Iofrida

Il Presidente  
Pasquale D'Ascola

