REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE D'APPELLO DI L'AQUILA

riunita in camera di consiglio e composta dai seguenti Magistrati:
dott. Francesco Filocamo - Presidente
dott. Silvia Rita Fabrizio - Consigliere
dott. Alberto Iachini Bellisarii - Consigliere relatore
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di appello n. 1174 /2022 RG, trattenuta in decisione con ordinanza dell'8.11.2023,

promossa da

Parte_1 , in persona del suo legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] ed elettivamente domiciliata presso il suo studio sito in *Pt_1* [redacted] come da procura stesa in calce all'atto di appello;
Appellante

contro

Controparte_1 e *Controparte_2* , rappresentati e difesi dall'Avv. [redacted] ed elettivamente domiciliati ai fini del presente giudizio presso il suo studio sito in Ancona, [redacted] giusto mandato allegato a comparsa di costituzione;
Appellati

Controparte_3 , in persona del procuratore speciale nonché legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] ed elettivamente domiciliata presso il suo studio in Castellammare di Stabia, alla [redacted] giusta procura in atti;
Appellata – appellante incidentale

avverso

l'ordinanza di rito sommario depositata il 25.10.2022 dal Tribunale di L'Aquila nel procedimento civile n. 649/2019, avente ad oggetto responsabilità sanitaria .

CONCLUSIONI DELLE PARTI

Per parte appellante *Parte*
" Voglia l'Ecc.ma Corte d'Appello adita, disattesa ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione, previa eventuale rinnovazione degli accertamenti medico – legali con la nomina di un collegio peritale:
- nel merito, accogliere il presente appello per tutti i motivi esplicitati e per l'effetto riformare l'impugnata ordinanza resa dal Tribunale di L'Aquila anche in accoglimento delle conclusioni rassegnate in primo grado che qui devono intendersi richiamate e trascritte;
- ancora nel merito, in conseguenza dell'accoglimento dell'appello condannare gli appellati *Controparte_1* e *Controparte_2* alla restituzione in favore della medesima *[...]* *Parte_1* dell'importo di €. 345.272,00 già versato per effetto dell'ordinanza di parziale sospensione dell'impugnato provvedimento del Tribunale di L'Aquila con gli interessi moratori ex art. D.Lg.vo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

231/2002 e, comunque, di quelli corrispettivi a far tempo dalla erogazione sino alla effettiva restituzione;
- sempre nel merito, respingere l'appello incidentale spiegato da *CP_4* nella propria comparsa di risposta siccome destituito di fondamento e, quindi, accogliere integralmente il corrispondente motivo di appello spiegato dalla medesima *Parte_1* con il quale è stata censurata l'Ordinanza del Tribunale di L'Aquila nella parte in cui ha erroneamente ritenuto operativo il "limite di "massima esposizione della Compagnia Assicurativa" alla luce di quanto disposto dall'art. 20 delle Condizioni generali di Polizza ponendo integralmente a carico della Compagnia *CP_4* le somme eventualmente dovute agli Appellati con correlativa condanna al relativo pagamento.
Con vittoria integrale di spese e competenze di lite del doppio grado di giudizio e con il riconoscimento delle spese generali nonché del diritto alla refusione degli esborsi anticipati".

Per parte appellata *CP_1* + 1:
" Voglia l'Ecc. ma Corte di Appello di L'Aquila adita:
- rigettare e/o dichiarare inammissibili le domande e motivi di appello avanzati dall' *[...]* *Parte_1*, in persona del legale pro tempore, in quanto inammissibili nonché infondati in fatto e in diritto per tutti i motivi sopra esposti che s'intendono qui integralmente riportati e, per l'effetto, confermare l'ordinanza n. rep. 1413/2022 pubblicata il 25 ottobre 2022 emessa dal Tribunale Civile di L'Aquila 571/2021;
- rigettare e/o dichiarare inammissibili le domande e motivi di appello avanzati dall' *[...]* *CP_5* (già *Controparte_6*, in persona del procuratore speciale nonché legale rappresentante pro tempore, in quanto inammissibili nonché infondati in fatto e in diritto per tutti i motivi sopra esposti che s'intendono qui integralmente riportati e, per l'effetto, confermare l'ordinanza n. rep. 1413/2022 pubblicata il 25/10/22 emessa dal Tribunale di L'Aquila 571/2021;
- nella denegata e contestata ipotesi di accoglimento di CTU medico-legale si nomina quale CTP il Dottor Professor *Persona_1* con studio ad Ancona, [redacted]
- In ogni caso condannare parte appellante alle spese e competenze professionali del difensore, oltre che del presente giudizio, anche di tutti i gradi di giudizio, (accertamento tecnico preventivo, ricorso ex art. 702 bis) oltre oneri e accessori previsti per legge;
-In via istruttoria: rigettare tutte le istanze istruttorie avanzate da parte appellante, per tutti i motivi espressi in narrativa e in quanto palesemente inammissibili e/o irrilevanti."

Per parte appellata – appellante incidentale *CP_3*
"Si conclude principalmente per l'accoglimento dell'appello principale spiegato dall'asl, cui la scrivente si associa, e in tal caso chiede condannarsi gli appellati *Controparte_1* e *CP_2* alla restituzione della somma di €. 210.000 somma equivalente a quanto versato all'esito dell'ordinanza di sospensiva.
In ogni caso, nella denegata ipotesi di rigetto nel merito dell'appello principale, chiede accogliersi l'appello incidentale spiegato dalla scrivente *CP_4* sul presupposto dell'errata valutazione delle condizioni di polizza ritualmente allegate in atti nel giudizio di primo grado. Nello specifico nella parte in cui, da un lato, il giudice ha omesso di accertare l'esistenza della franchigia fissa contrattuale e fissata nella misura di €. 250.000 a carico della *Parte* (definita *Or*), e dall'altro, il giudice di prime cure nel provvedimento emesso all'esito del giudizio di primo grado, non ha ricompreso l'importo indicato nella massima esposizione - circoscritta all'importo di € 210.000,00 - all'interno della franchigia contrattuale – fissata nella misura di € 250.000,00."

SVOLGIMENTO DEL GIUDIZIO

Con l'ordinanza oggi impugnata il Tribunale di L'Aquila così ebbe a decidere:
PQM:

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

"- accoglie la domanda attorea e, per l'effetto, condanna la Part Parte_1 al pagamento in favore di Controparte_1 e Controparte_2 della somma complessiva di euro 335.500,00 ciascuno oltre rivalutazione monetaria e interessi legali sull'intera somma liquidata, comprensiva di quella posta a carico della Controparte_7 , dal giorno della morte di Persona_2 e fino a quello dell'effettivo pagamento.
- Condanna Controparte_7 al pagamento in favore di Controparte_1 e Controparte_2 della somma complessiva di euro 95.000,00 ciascuno.
- Condanna Parte_3 e Controparte_7 al pagamento, in favore dei ricorrenti, delle spese processuali che si liquidano in euro 20.000 oltre spese generali 15%, I.V.A. e C.A. come per legge.
- Pone le spese della CTP, comprensive della consulenza tecnica e dell'integrazione della stessa e delle spese legali, definitivamente a carico dei resistenti.
- Le predette spese legali e di CTP vanno poste a carico di Controparte_7 sino a concorrenza di Euro 20.000,00 mentre il resto va posto a carico della Parte_3 [...] .
Questi i fatti e lo svolgimento del processo in primo grado come sintetizzati dal Primo Giudice.
" Con ricorso ex art. 702 bis c.p.c., Controparte_1 e Controparte_2 hanno adito l'intestato Tribunale al fine di sentir accertare e dichiarare la responsabilità sanitaria della [...] Controparte_8 per il decesso della propria madre Persona_2 e, per l'effetto, condannare la struttura convenuta al risarcimento dei danni subiti, in proprio e iure hereditatis patrimoniali e non patrimoniali.
A sostegno della loro domanda, i ricorrenti hanno dedotto che: - in data 6.06.2013, a seguito di diagnosi di colite ulcerosa, Persona_2 veniva ricoverata presso la struttura ospedaliera convenuta; - durante la degenza la stessa avrebbe contratto, tra l'altro, un'infezione da Acinetobacter Baumanii a cui sarebbe seguito il decesso per shock settico; - le cause del decesso sarebbero attribuibili alla condotta dei sanitari che l'hanno tenuta in cura, come riscontrato nella perizia di cui al ricorso ex art. 696 bis c.p.c. preventivamente proposto dinanzi a questo Tribunale (R.G. 1106/2018). - per tali motivi hanno chiesto il risarcimento iure hereditatis dei danni subiti da Persona_2 e, iure proprio, del danno da perdita parentale derivante dalla perdita della loro madre.
Si è costituita in giudizio la Controparte_8 la quale, in via preliminare, ha chiesto la chiamata in causa della società di assicurazione Controparte_7 e, nel merito, ha contestato la ricostruzione avversaria, deducendo sulla mancanza di responsabilità dei sanitari. In via subordinata, in caso di soccombenza, ha chiesto la condanna al pagamento della propria compagnia assicurativa quale soggetto tenuto a manlevarla in caso di sinistri dovuti a responsabilità sanitaria.
All'udienza del 9.05.2019 il Giudice ha autorizzato la chiamata del terzo assegnando termine al convenuto per la notifica del ricorso.
Si è costituita Controparte_7 la quale, in via preliminare, ha eccepito la carenza di legittimazione attiva dei ricorrenti poiché gli stessi non avrebbero fornito la prova della loro qualità di eredi della defunta.
In via ulteriormente preliminare, ha dedotto che il contratto di assicurazione stipulato con la struttura sanitaria, all'art. 20, conterrebbe il limite a titolo di SIR (Organizzazione_2) di euro 250.000,00; nel merito, ha chiesto il rigetto del ricorso.
All'udienza del 16.09.2019 il giudice ha disposto l'acquisizione del fascicolo dell' CP_9 (R.G. 1106/2018), che è stato regolarmente acquisito.
Con ordinanza del 29.12.2020 il Giudice ha rigettato l'istanza di mutamento del rito formulata dalla resistente CP_4 successivamente, la causa è stata istruita con un'integrazione della consulenza tecnica.
Infine, all'udienza del 12.04.2022, la causa è stata trattenuta in decisione."
Il Tribunale, quindi, ha deciso come sopra.

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

L'ordinanza è stata impugnata dalla *Parte* (che ne ha chiesto l'integrale o parziale riforma) il 24.11.2022 per 6 motivi che si vanno ad esaminare.
I due *CP_1* costituitisi, hanno resistito al gravame
La *CP_3* costituitasi il 16.2.2023, da un lato ha aderito all'appello principale, dall'altro ha proposto un motivo di gravame incidentale riguardante il suo obbligo di manleva.
Con ordinanza del 25.3.2023 questa Corte ha accolto parzialmente inibitoria proposta dalla *Parte* ed ha sospeso in parte l'efficacia esecutiva dell'ordinanza, limitandola all'importo di 274.000,00 euro per ciascuno dei [redacted]
Con ordinanza dell'8.11.2023 questa Corte ha riservato la causa a sentenza con i termini.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Si rileva come, dopo alcune premesse circa la natura contrattuale della responsabilità della struttura sanitaria e l'applicabilità del regime in punto di riparto dell'onere probatorio ex art.1218 del c.c. (con conseguente onere del paziente di provare l'esistenza del contratto di spedalità ed allegare sia l'inadempimento della struttura, che consiste nell'aggravamento della situazione patologica, o nell'insorgenza di nuove patologie per effetto del trattamento sanitario, sia il relativo nesso di causalità con l'azione o l'omissione dei sanitari, secondo il criterio, ispirato alla regola della normalità causale, del "più probabile che non" (cfr. Cass. sez. un. n. 581/2008), cui corrisponde l'onere dell'obbligato - sia esso il sanitario o la struttura - di provare che la prestazione professionale sia stata eseguita in modo diligente e che gli esiti peggiorativi siano stati determinati da un evento imprevisto e imprevedibile), nel caso di specie il Giudice del Circondario, risultando pacifica la prova del contratto sanitario, ha fatto riferimento alla perizia disposta nel corso del giudizio per accertare la responsabilità o meno dei sanitari, l'eventuale danno subito ed il nesso di causalità con il comportamento dei sanitari.
Ha, quindi, condiviso la consulenza tecnica esperita nel giudizio per A.T.P. e la sua successiva integrazione effettuata in istruttoria per reputare provati gli elementi costitutivi della responsabilità sanitaria.
Ha richiamato le conclusioni dei consulenti , per i quali "si può concludere che la natura dell'infezione e la sua localizzazione polmonare sia con alta probabilità da ascrivere alle infezioni nosocomiali e che successivamente sia evoluta in sepsi e poi in insufficienza multiorganica con quadro letale di Shock settico. […] L'evento morte per shock settico è da attribuire alla infezione nosocomiale da Acinetobacter baumanii".
Ed invero, il Tribunale ha rilevato come collegio peritale ha chiarito che, al momento dell'ingresso presso la struttura convenuta, *Persona_2* presentava una rettocolite ulcerosa per la quale i medici operanti avevano disposto una terapia farmacologica con antinfiammatori, ritenendo di non procedere ad un intervento chirurgico di asportazione del colon. Tuttavia, l'utilizzo prolungato della terapia immunodepressiva mediante Corticosteroidi e Ciclosporina, oltre a non intaccare l'incedere della rettocolite ulcerosa, aveva concorso, sempre secondo il collegio peritale, a favorire l'infezione ospedaliera che ha condotto al decesso della paziente.
Lo stesso collegio peritale aveva anche evidenziato che, anche se il tampone rettale volto ad accertare la presenza del batterio è risultato negativo prima del decesso della paziente, tuttavia "l'infezione da Acinetobacter a livello delle basse vie respiratorie non era guarita, essendo per di più testimoniata dai reperti radiologici sopra riportati che evidenziano la persistenza della polmonite".
Ed infine, in risposta al quesito integrativo disposto dal giudice, i consulenti avevano anche sostenuto che nella documentazione in atti non sarebbe stata rinvenuta alcuna prova riguardante la circostanza "che la struttura convenuta, all'epoca dei fatti, abbia adottato e concretamente posto in atto tutte le procedure, misure di prevenzione, adempimenti come suggeriti dalle norme di legge e

Osservatorio ICA Italia
Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-905

dalle linee guida anche internazionali al fine di scongiurare o ridurre al minimo le infezioni nosocomiali".
Sulla scorta di detti rilievi il Tribunale ha, quindi, dichiarato la responsabilità della struttura convenuta per la morte della *Per_2* , poichè l'infezione contratta dalla paziente durante la degenza nella struttura convenuta era stata facilitata dall'impiego protratto della ciclosporina, non giustificato dalle dinamiche di decorso registrate in relazione alla patologia che la interessava. Di conseguenza, l'infezione poteva essere considerata dai sanitari come una evenienza possibile, attesa la fragilità immunitaria della sig.ra *Per_2* .

APPELLO PRINCIPALE

PRIMO MOTIVO DI APPELLO: nullità della sentenza per carenza assoluta di motivazione. La conseguente erronea soluzione adottata dal Giudice di prime cure in relazione alla documentata adozione delle misure volte a prevenire le infezioni nosocomiali rispetto al caso concreto.

Con detta censura, pur non contestando che il decesso sia avvenuto a causa dell'infezione nosocomiale, la *Parte* lamenta che il Tribunale non abbia preso nella dovuta considerazione la documentazione relativa ai protocolli adottati da essa appellante per il contenimento delle infezioni nosocomiali, pur esaminata dagli stessi CTU i quali, pur dando atto che "La citata documentazione appare di elevata qualità e conforme alle linee guida nazionali ed internazionali", avrebbero incomprensibilmente concluso nel senso che "Al quesito se tali procedure e linee guida siano state applicate puntualmente ed in concreto nel tempo e nei luoghi di assistenza in cui ha stazionato la Sig.ra *Persona_2* , i sottoscritti non dispongono di elementi esaustivi".
L'appellante assume come errato detto divisamento, condiviso in sentenza, reputando al contrario fondamentale il dato documentale costituito dai protocolli quale indice, anche presuntivo, dell'osservanza delle misure precauzionali e cautelari in ottemperanza a linee guida, raccomandazioni e check list accreditate.
In particolare richiama la Nota Prot. [redacted] del [redacted] in allegato alla quale il Direttore Sanitario del P.O. di *Pt_1* ha innanzitutto trasmesso il Protocollo in uso all'epoca dei fatti, in caso d'infezione documentata da *Org_3* la cui adozione era stata impartita a tutto il personale sanitario, nota nella quale il medesimo Direttore ha dichiarato che "Per quanto attiene alle misure di prevenzione dell'infezione presso la U.O. *Parte_4* si allega il protocollo in uso all'epoca in caso di infezione documentate da *Org_3* .
Detto protocollo comportava che "presso la UO di Rianimazione, a rafforzamento delle misure specifiche di sorveglianza, è in dotazione l'apparecchiatura per effettuare nebulizzazione con Perossido d'Idrogeno, metodica di documentata efficacia nei confronti dell' *Org_4* *[...]* Ricordo che l'Acinetobacter è un germe presente sulle superficie sulla cute di persone sane come germe colonizzatore e che nel reparto di Terapia Intensiva del P.O. *Org_5* viene sistematicamente ricercato nei pazienti ricoverati anche in assenza di manifestazioni sintomatiche, per mettere in atto tutte le misure di prevenzione per scongiurare una eventuale manifestazione intraospedaliera."
Orbene, secondo l'appellante, poiché nel caso della paziente *Per_2* il primario del reparto aveva fatto espresso riferimento a colonizzazione in assenza di manifestazioni cliniche e poiché il controllo microbiologico degli ambienti di degenza e ospedalieri veniva effettuato sistematicamente nelle Sale Operatorie, Banche di tessuto, ed altri ambienti specifici, nelle U.O. di degenza veniva effettuato solo in presenza di un cluster di casi, così come raccomandato dalle Linee Guida, ma nel periodo in esame non si era in questa situazione.
In ogni caso nella medesima nota venivano descritte in maniera dettagliata le procedure di contenimento e di prevenzione delle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) la cui adozione, comunque, sarebbe stata comprovata dalla documentazione prodotta in separato faldone contrassegnato con il Doc. 9 del fascicolo di primo grado contenente, a sua volta, N. 7

Osservatorio ICA Italia

sottocartelline (numerate in maniera progressiva) nelle quali sono state rispettivamente prodotti: Cartellina I: protocolli e procedure di prevenzione adottate a partire dal 2005 negli ambienti ospedalieri; Cartellina II: Procedure specifiche in caso di germi particolari; Cartellina III: Verbale delle periodiche riunioni del Comitato di Controllo delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.); Cartellina IV: Audit Formazione del personale; Cartellina V: Sistema di sorveglianza a partenza dal Laboratorio per microorganismi allerta; Cartellina VI: Esiti delle periodiche analisi Batteriologiche Ambientali; Cartellina VII: Post di sterilizzazione dello strumentario.
Sulla scorta di siffatte asserzioni la *Parte* assume di avere ampiamente dimostrato, anche in via presuntiva, di aver adottato e concretamente posto in atto tutte le procedure e le misure di prevenzione, tramite la documentazione in atti la cui osservanza era ragionevolmente ricavabile, secondo criteri di normalità logica, proprio dalle dichiarazioni rese dalla Dott.ssa *Per_3* nella richiamata nota; tanto più che, nella specie, essa appellante non avrebbe potuto ragionevolmente assolvere, in modo diverso, all'onere della prova su di essa gravante se non producendo, appunto, "le procedure, misure di prevenzione, adempimenti come suggeriti dalle norme di legge e dalle linee guida anche internazionali al fine di scongiurare o ridurre al minimo le infezioni nosocomiali".
Il motivo è di una infondatezza palese: già nella gravata sentenza, invero, si era sufficientemente argomentato come l'accertata adozione dei suddetti protocolli non potesse equivalere ad una loro concreta applicazione in occasione del ricovero della *Pt_5* .
Né poteva esigersi dalle controparti la prova negativa del mancato rispetto in concreto delle linee guida, spettando alla *Part* quantomeno, la prova, totalmente mancata, in realtà neanche tentata, di avere utilizzato l'apparecchiatura per "effettuare nebulizzazione con Perossido d'Idrogeno, metodica di documentata efficacia nei confronti dell' *Organizzazione_4* presso la UO di Rianimazione, a rafforzamento delle misure specifiche di sorveglianza, in occasione del ricovero per cui è causa, ossia di avere rispettato proprio il fatidico protocollo richiamato dal Direttore sanitario nella nota succitata.
Ne deriva che la censura, basata sul fatto del solo deposito delle linee guida, come già osservato in primo grado, non vale a provare che esse siano state osservate e il fatto, nemmeno contestato, per cui la *Per_2* contrasse l'infezione fatale è chiaro indice del contrario.
L'appellante, in definitiva, non ha minimamente assolto all'onere di dimostrare di aver applicato i protocolli di prevenzione delle infezioni nel caso specifico.
Né può seriamente prendersi in considerazione l'assunto per cui il mancato utilizzo dell'apparecchiatura per effettuare nebulizzazione con Perossido d'Idrogeno in favore della *Per_2* , siccome il primario del reparto aveva fatto riferimento a "colonizzazione in assenza di manifestazioni cliniche", sarebbe stato giustificato dalla mancanza iniziale di pregresse manifestazioni: le infezioni vanno, infatti, prevenute a prescindere proprio perché esse possono essere contratte in ospedale da soggetti che all'ingresso non le presentavano.

SECONDO MOTIVO DI APPELLO: erronea soluzione adottata dal Giudice di prime cure in relazione alla condotta dei sanitari dipendenti dell' *Parte_1* . Omessa e/o insufficiente motivazione in relazione alle ''osservazioni critiche'' dei consulenti di parte dell' *Parte_1* .

Viene ancora contestato il seguente percorso motivazionale: " il collegio peritale ha chiarito che, al momento dell'ingresso presso la struttura convenuta, *Persona_2* presentava una rettocolite ulcerosa per la quale i medici operanti hanno disposto una terapia farmacologica con antinfiammatori, ritenendo di non procedere ad un intervento chirurgico di asportazione del colon. Tuttavia, l'utilizzo prolungato della terapia immunodepressiva mediante Corticosteroidi e Ciclosporina, oltre a non intaccare l'incedere della rettocolite ulcerosa, ha concorso, sempre secondo il collegio peritale, a favorire l'infezione ospedaliera che ha condotto al decesso della paziente. Ulteriormente, lo stesso collegio ha evidenziato che, anche se il tampone rettale volto ad accertare la presenza del batterio è risultato negativo prima del decesso della paziente, tuttavia

Osservatorio ICA Italia
Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-905

l'infezione da Acinetobacter a livello delle basse vie respiratorie non era guarita, essendo per di più testimoniata dai reperti radiologici sopra riportati che evidenziano la persistenza della polmonite."
Secondo l'appellante andava tenuto conto delle osservazioni dei suoi CTP, in virtù delle quali "i CCTTUU omettono di riportare nel loro elaborato il risultato di tutti gli esami colturali eseguiti nella fattispecie e, segnatamente, l'esame colturale su *Orga* eseguito in data 09/09/2013, risultato positivo per Pseudomonas Aeruginosa. Per tale ragione, non sorprendono affatto i rilievi strumentali sottolineati dai CTU (Rx torace del 20/08/2013, TC torace del 03/09/2013 ed Rx torace del 05/09/2013), indicativi del persistere di un processo broncopneumonico di verosimile natura flogistica. E' del tutto evidente, infatti, che la paziente ebbe a subire varie e subentranti infezioni e colonizzazioni batteriche durante la sua degenza e ciò è sua volta dimostrativo del fatto che la paziente stessa versava in una condizione di particolare vulnerabilità nei confronti delle cosiddette infezioni nosocomiali. Vulnerabilità legata non solo alle conseguenze della malattia infiammatoria intestinale in fase attiva da molto tempo, ma anche all'effetto immunosoppressivo dei farmaci necessariamente utilizzati. Appare pertanto irragionevole attribuire lo sviluppo delle infezioni (multiple) verificatesi nella fattispecie ad una ipotetica omissione delle misure di controllo delle stesse da parte della struttura sanitaria".
Simile censura è addirittura irrilevante in quanto con essa, addirittura, si riconosce che la *Pt_5* ebbe a subire varie e subentranti infezioni e colonizzazioni batteriche durante la sua degenza, non prima, per cui data, appunto, la sua particolare vulnerabilità, non si comprende come possa ritenersi superflua l'applicazione delle misure di prevenzione e controllo quasi che il decesso sarebbe stato inevitabile, laddove l'espletata CTU ha evidenziato come l'exitus non vi sarebbe stato in caso di mancata contrazione dell'infezione, nel senso che l'evento morte per shock settico è da attribuire alla infezione nosocomiale da Acinetobacter baumani, conclusione che nemmeno i CTP hanno in realtà saputo escludere.
Il motivo, quindi, va rigettato.

Si passa, quindi, ad esaminare le doglianze riguardanti il danno risarcibile, premettendosene la maggiore serietà.
Il Tribunale, infatti, dopo l'accertamento della responsabilità della *Parte* per il decesso, ha a sua volta premesso: "Orbene, passando alle pretese risarcitorie dei ricorrenti, occorre premettere che essi, ognuno per la propria parte, chiedono il risarcimento iure hereditatis del danno biologico terminale e del danno morale soggettivo subito in vita dalla di loro madre e, iure proprio, del danno da perdita parentale.

TERZO MOTIVO DI APPELLO: erronea quantificazione e liquidazione del danno biologico terminale siccome avvenuta in violazione dei relativi criteri di riferimento.

In merito al reclamato danno biologico terminale il Giudice del Circondario ne ha ritenuto la risarcibilità col ritenerlo "danno biologico" (cd. "danno terminale") determinato dalla lesione al bene salute, quale danno-conseguenza consistente nei postumi invalidanti che hanno caratterizzato la durata concreta del periodo di vita del danneggiato dal momento della lesione fino all'exitus. L'accertamento del danno conseguenza è questione di fatto, e presuppone che le conseguenze pregiudizievoli si siano effettivamente prodotte, necessitando a tal fine che tra l'evento lesivo e il momento del decesso sia intercorso un "apprezzabile lasso temporale".
Per poi concludere: "Passando alla quantificazione del danno biologico riportato da *Per_2 [...]*, deve necessariamente procedersi in via equitativa, tenendo presente quale criterio guida le c.d. "Tabelle di Milano" ….. Di conseguenza, considerando la vicenda clinica di *Persona_2*, caratterizzata da un progressivo decadimento dello stato di salute durante il ricovero a causa delle errate cure e da un periodo di oltre un mese presso il reparto di rianimazione ed in considerazione, altresì, dell'età della vittima, il danno biologico va risarcito nella misura massima e si ritiene equo

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-905

liquidarsi in euro 262.000,00, con applicazione dell'aumento per personalizzazione massima del 25% in considerazione dell'entità della sofferenza fisica."
Parte appellante, al riguardo, osserva che persino le controparti in primo grado avevano prospettato, per detto danno, un risarcimento complessivamente pari ad €. 99.024,00 commisurandolo all'invalidità temporanea assoluta della paziente, protrattasi per 70 giorni così specificandolo: - danno liquidabile per i primi tre giorni: €. 30.000,00 - danno liquidabile dal giorno 4 al giorno 70: €. 34.512 (+ 50%)= €. 69.024,00.
Ciò nonostante il Tribunale ha liquidato ben 262mila euro senza tenere conto che il danno biologico terminale è il danno alla salute "stricto sensu" nel periodo di tempo intercorso tra la lesione e la morte e che, pertanto, lo stesso è risarcibile, iure hereditatis, solo ove la lesione al bene salute sia tale da individuarsi in un danno conseguenza, consistente nei postumi invalidanti che hanno caratterizzato la durata concreta del periodo di vita del danneggiato dal momento della lesione fino al decesso e pertanto, è da commisurare soltanto all'inabilità temporanea in base alla concreta percentuale di invalidità della vittima primaria dell'illecito.
Tale voce di danno, quindi, andava parametrata al valore giornaliero stabilito dalle Tabelle del Tribunale di Milano per l'invalidità temporanea totale e, quindi, rapportarlo ai giorni in cui tale invalidità era concretamente riscontrabile secondo le indicazioni fornite dagli stessi consulenti tecnici d'ufficio i quali, nel rispondere al quesito lett. ''C'' avevano specificato che: "Rispetto all'inabilità temporanea quella complessiva è da stimare pari a gg. 100 tenuto conto della degenza (6/6 – [redacted], quella ascrivibile alla rettocolite a gg. 75".
La censura è fondata, avendo il primo giudice fatto strame dei consolidati principi in materia, per i quali il danno biologico terminale consiste nella lesione dell'integrità psicofisica della vittima nel medesimo arco temporale tra l'evento lesivo e la morte ed è risarcibile secondo parametri medici.
A differenza del danno terminale non è necessaria una percezione cosciente della vittima del danno cagionato alla propria salute (cfr. ex plurimis Cass. Civ., Sez. III, sent. 19 ottobre 2016, n. 21160; Cass. Civ. sez. III, sent. 28 agosto 2007, n.18163).
Il discrimine nella quantificazione e riconoscimento di tale tipologia di danno è la determinazione della durata di quel "ragionevole lasso di tempo tra l'illecito e la morte", nel caso in esame esistente dato che il lasso di tempo fu di 100 giorni come da CTU.
Ciò posto, si ha che in effetti il punto di partenza nel determinare la somma da liquidarsi a titolo di danno biologico terminale è costituito dall'inabilità temporanea.
Come rilevato dall'Osservatorio sulla Giustizia Civile del Tribunale di Milano, la categoria del danno terminale deve intendersi comprensiva dei pregiudizi altrove definiti come danno biologico terminale, da lucida agonia o morale catastrofale. Non solo: la liquidazione del danno terminale, proprio in quanto comprensiva di ogni voce di pregiudizio non patrimoniale patita nel lasso di tempo tra l'evento dannoso e l'exitus che a questo sia dovuto, in quel lasso di tempo, esclude la separata liquidazione del danno biologico temporaneo "ordinario", da intendersi quindi assorbita, ma nella specie ad essa deve farsi riferimento, come criterio di liquidazione per tutto il lasso di tempo che intercorse tra l'evento e l'exitus e, quindi, ai 100 giorni indicati in CTU, trattandosi di periodo nel quale non risulta vi sia stata sofferenza psichica da parte della paziente, sicché va liquidata a tal titolo e all'attualità la somma di € 145,00 al giorno per l'importo totale di € 14.500,00.
Non può, invero, farsi applicazione del criterio tabellare che avevano suggerito gli attori in primo grado in quanto il metodo di cui alle tabelle meneghine assegna a ciascun giorno di sofferenza, nei limiti del tetto di cento giorni complessivi, un valore progressivamente – e convenzionalmente – decrescente, sino ad agganciarsi, al centesimo giorno, alla valutazione del danno biologico temporaneo ordinario, solo ove vi sia stata la rigorosa prova di un danno lucidamente patito in stato di coscienza, prova di cui non vi è traccia in atti in quanto essa non può reputarsi sostituita dalla apodittica affermazione degli appellati per cui la loro dante causa avrebbe avuto un progressivo decadimento dello stato di salute durante il ricovero a causa delle errate cure e per cui nel periodo di oltre un mese presso il reparto di rianimazione ha sicuramente percepito l'aggravamento, il

Osservatorio ICA Italia

persistente dolore e la consapevolezza che non poteva esserci che un degrado del suo stato di salute che sarebbe purtroppo sfociato nella temuta morte.
E' di 14.500,00 euro, quindi, la somma da riconoscersi per detto danno, che andrà devalutata alla data del decesso e da lì annualmente rivalutata con aggiunta di interessi fino al giorno del deposito della decisione di primo grado, da allora aumentata dei soli interessi fino al saldo: essa va ripartita in parti uguali tra gli appellati aventi diritto.
In ciò la sentenza di primo grado va riformata , ribadendosi l'assoluta incomprensibilità del ragionamento , a volerlo reputare tale, sotteso alla liquidazione di ben euro 262.000,00, peraltro con errato rifermento a non meglio specificato e per vero nemmeno richiesto "danno biologico da risarcire nella misura massima", per di più con applicazione di "aumento per personalizzazione massima del 25% in considerazione dell'entità della sofferenza fisica", ma non certo psichica , concetto ben diverso.

QUARTO MOTIVO DI APPELLO: erronea liquidazione e quantificazione del danno morale soggettivo (cd. catastrofale) anche sotto il profilo della carenza di prova.

In merito al danno morale soggettivo che avrebbe subito in vita la madre degli appellanti, il Tribunale ne ha ritenuto la risarcibilità col ritenerlo "danno morale cd. soggettivo" (cd. "danno catastrofale" o da lucida agonia), consistente nello stato di sofferenza spirituale od intima (paura o paterna d'animo) sopportato dalla vittima nell'assistere al progressivo svolgimento della propria condizione esistenziale verso l'ineluttabile fine-vita. Trattandosi di danno-conseguenza, l'accertamento dell'"an" presuppone la prova della "cosciente e lucida percezione" dell'ineluttabilità della propria fine (cfr. Cass. 23153/2019).……Orbene, nel caso di specie, ripercorrendo la vicenda clinica di *Persona_2* sulla scorta delle allegazioni di parte attrice e delle considerazioni medico – legali, è emerso che la stessa è stata ricoverata presso l'ospedale di *Pt_1* in data 6.6.2013 con diagnosi di rettocolite ulcerosa. Durante la degenza presso la predetta struttura, a seguito di un peggioramento delle proprie condizioni di salute, è stata trasferita nel reparto di rianimazione e ivi sottoposta a ulteriori accertamenti; tra questi, in data 24.08.2013, è stato eseguito il tampone rettale Acinetobacter baumanii, risultato positivo, anche se successivamente negativizzato in data 3.09.2013 e, in data [redacted] la paziente è deceduta con la diagnosi di "shock settico, insufficienza multiorgano in paziente affetta da rettocolite ulcerosa, polmonite da acinetobacter".
Al riguardo, giova precisare come a specifico quesito integrativo disposto dal giudice relativamente alla successiva negativizzazione del tampone rettale Acinetobacter baumanii che, come detto, è avvenuta in data 3.09.2013, il collegio peritale ha risposto che "che il tampone rettale di sorveglianza del 03.09 sia risultato negativo (dopo il precedente del 24.08) non sorprende, perché nel frattempo, a partire dal 26.08 (cioè otto giorni prima) era stata iniziata terapia con l'unico antibiotico efficace nei confronti di Acinetobacter, la Colimicina, per di più per via endovenosa e per via aerosolica. E' infatti nozione comune che la pressione di un antibiotico efficace nei confronti di un germe ne inibisce lo sviluppo anche se può non riuscire ad eradicarlo. Per tale motivo quando si prelevano campioni per esami microbiologici e colturali è necessario attendere il prelievo prima di iniziare una terapia antibiotica, ovvero se essa è stata iniziata, sospendere, se possibile, ogni somministrazione antibiotica almeno tre giorni prima del prelievo (pratica del "wash-out"). E questo per evitare il manifestarsi di falsi negativi. Rispondendo quindi al quesito, si può affermare che l'infezione da Acinetobacter a livello delle basse vie respiratorie NON era guarita, essendo per di più testimoniata dai reperti radiologici sopra riportati che evidenziavano la persistenza della polmonite".
Quanto al danno morale soggettivo, in punto di liquidazione, la Suprema Corte ha evidenziato che lo stesso, dovendosi considerare "un danno non patrimoniale di natura affatto peculiare che comporta la necessità di una liquidazione che si affidi ad un criterio equitativo puro – ancorché sempre puntualmente correlato alle circostanze del caso – che sappia tener conto della enormità del

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-905

pregiudizio (cfr 23183/2014): di conseguenza, tenendo presente che dalla contrazione del batterio in data 24.08.2013 sino al [redacted] è trascorso un lasso di tempo considerevole (23 giorni), appare equo liquidare la somma di euro 50.000,00. “
La decisione viene censurata col dedurre come, anche a voler prescindere dalla considerazione secondo cui il cd. danno catastrofale, in quanto tale, non rappresenta un’autonoma voce di danno ma andrebbe liquidato adeguando la liquidazione del danno biologico terminale (nei termini illustrati nel precedente motivo di impugnativa) con “il riconoscimento di un maggior risarcimento (da apprezzarsi con criterio equitativo puro), il carattere unitario della liquidazione del danno non patrimoniale preclude la possibilità di un separato ed autonomo risarcimento di specifiche fattispecie che costituirebbero vere e proprie duplicazioni risarcitorie.
In ogni caso, premettendosi che il danno morale terminale consiste nel pregiudizio subito dalla vittima in ragione della sofferenza provata nel consapevolmente avvertire l'ineluttabile approssimarsi della propria fine, come pure che esso è risarcibile, diversamente da quanto ritenuto dal Giudice di primo grado “a prescindere dall'apprezzabilità dell'intervallo di tempo intercorso tra le lesioni e il decesso, rilevando soltanto l'integrità della sofferenza medesima”, occorrendo per contro la prova della sussistenza di un suo stato di coscienza nell'intervallo tra l'evento lesivo e la morte, con conseguente acquisizione di una pretesa risarcitoria trasmissibile, la *Parte* fondatamente, contesta che nel caso in esame gli attori in primo grado non avessero fornito la benché minima prova che la *Per_2* abbia potuto percepire e patire la sofferenza da lucida consapevolezza della morte imminente, né tali elementi emergono, in qualche modo, dalla Consulenza tecnica d’ufficio.
La censura è palesemente fondata, sol che si consideri che la gravata pronuncia ha liquidato detta voce di danno in base al solo ed inconferente rilievo per cui dalla contrazione del batterio in data 24.08.2013 sino al [redacted] è trascorso un lasso di tempo, senza nulla argomentare, perché giammai comprovato, sullo stato di sofferenza spirituale od intima (paura o patema d’animo) sopportato dalla vittima nell’assistere al progressivo svolgimento della propria condizioni esistenziale verso l’ineluttabile fine-vita.
L’accertamento della voce di danno in questione , fosse anche solo per personalizzare il danno biologico terminale, richiedeva la prova di una cosciente e lucida percezione dell’ineluttabilità della propria fine, del tutto mancata, inutile al riguardo apparendo l’argomentazione degli appellati per la quale nel periodo di oltre un mese passato presso il reparto di rianimazione la loro madre “ha sicuramente percepito l’aggravamento, il persistente dolore e la consapevolezza che non poteva esserci che un degrado del suo stato di salute che sarebbe purtroppo sfociato nella temuta morte.”
Trattasi, invero, di mera illazione, sicchè la pronuncia di primo grado va ulteriormente riformata con l’escludere il risarcimento di 50mila euro per danno morale soggettivo.

QUINTO MOTIVO DI APPELLO: erronea liquidazione e quantificazione del danno da lesione del rapporto parentale. Violazione e falsa applicazione dei principi in tema di riparto dell’onere della prova.

Secondo il Tribunale :” Quanto al danno da perdita parentale, invece, deve premettersi che, secondo l’ormai costante e univoca giurisprudenza di legittimità, esso costituisce un danno conseguenza da allegare e provare, anche mediante presunzioni, nella sua duplice componente di sofferenza morale e negativa ripercussione sul piano dinamico – relazionale, quale sconvolgimento della vita del congiunto……Nel caso di specie, gli attori hanno agito in qualità di figli di *Persona_2* e dunque, considerando quanto sopra esposto in via preliminare ed in assenza di indici contrastanti, deve ritenersi presuntivamente provato il danno non patrimoniale anche in applicazione del disposto di cui all’art. 2727 c.c ……Sotto il profilo della liquidazione di tale voce di danno questo Giudice ritiene di dover applicare le c.d. Tabelle di Roma e ciò anche in considerazione del recente approdo giurisprudenziale della Corte di Cassazione, Pertanto, alla luce dei richiamati principi, in considerazione dell’età della vittima (69) e dei congiunti al momento della morte (*CP_1 [...]* 40 anni, *Controparte_2* 29 anni), lo stato di convivenza con la vittima e la presenza di

Dall’archivio dell’Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-905

altri familiari conviventi (circostanza provata dallo stato di famiglia versato in atti dai ricorrenti), il risarcimento può liquidarsi come segue: - in favore di *Controparte_1* euro 274.500,00 - in favore di *Controparte_2* euro 274.500,00."

La *Parte* ha contestato anche questa voce di danno assumendo come, col ritenere che "in assenza di indici contrastanti, deve ritenersi presuntivamente provato il danno non patrimoniale anche in applicazione del disposto di cui all'art. 2727 c.c." , il Primo Giudice ha disatteso le eccezioni a tal uopo formulate dall' *Parte_1* nei propri scritti difensivi e miranti ad evidenziare come gli attori non avessero minimamente assolto al relativo onere della prova circa la consistenza, ampiezza e modo di articolarsi delle relazioni interpersonali ed affettive con il congiunto, nè circa le reciproche abitudini di vita, essendo del tutto insufficiente la produzione dello stato di famiglia.

Pertanto secondo l'appellante, in assenza di evidenze probatorie acquisite agli atti in base alle quali stabilire i concreti rapporti con il congiunto, la domanda in questione deve essere respinta o, comunque, dovrà procedersi ad una liquidazione di gran lunga inferiore a quella operata dal Tribunale di L'Aquila, attenendosi ai valori minimi espressi dalle Tabelle del Tribunale di Milano del 2022 ossia, al massimo, pari ad €. 168.250,00.

Questa Corte deve rilevare come in primo grado gli ivi attori al riguardo avessero dedotto :"Nel caso di specie gli eredi, odierni ricorrenti, oltre ad avere un bellissimo rapporto con la loro madre convinte, con la quale dividevano ogni quotidianità, ogni problematica, ogni affetto, ogni felicità, si sono visti strappare via un familiare che al di là di un piccolo problema di retto colite godeva di buona salute ed era persona attiva e di completo aiuto ai figli. Il danno, pertanto, è stato devastante per entrambi, poiché gli stessi figli contavano enormemente sull'aiuto della loro madre che godeva di buona salute prima di entrare in ospedale: il danno non patrimoniale subito dai figli in conseguenza della prematura scomparsa della madre deve reputarsi quindi estremamente rilevante atteso il dolore incommensurabile che una tale perdita determina in coloro che sono stati generati, cresciuti giorno dopo giorno dalla loro madre. Alla luce di tutto quanto rilevato e dedotto, considerato il rapporto fattuale affettivo che si era instaurato tra madre e figli, connotato anche da una collaborazione che si è protratta per numerosi anni non solo a livello personale ma anche economico, della giovane età della madre e dei figli risulta totalmente giustificata la richiesta per danno parentale così come sopra indicata."

Dette asserzioni, ad avviso di questo Collegio, erano certamente idonee a far presumere l'esistenza del danno da perdita del rapporto parentale sia nella sua componente di sofferenza soggettiva delle vittime secondarie, sia quanto alla compromissione dell'esistenza degli appellati sul diverso piano dinamico – relazionale, apparendo ovvio che due figli conviventi abbiano visto sconvolto il loro vissuto quotidiano.

Pertanto, fermo restando il corretto riferimento operato alle tabelle del Tribunale di Roma, essendo incontestato che la somma di euro 274.500,00 liquidata in primo grado in favore di ciascuno dei figli abbia corrisposto alla loro esatta applicazione, l'ulteriore censura sul "quantum" relativa alla liquidazione del danno non patrimoniale "iure proprio" nella misura di euro 274.500,00 per ciascuno degli eredi, che secondo l' appellante è da considerarsi parametro di risarcimento tendente al massimo, è infondata, dato che circostanze in concreto idonee a far ritenere eccessivo l'importo avrebbero dovuto essere addotte dalla *Parte*

Il Tribunale, con motivazione sufficiente anche a far presumere la negativa ripercussione del decesso sul piano dinamico – relazionale, ha provveduto a liquidare l'importo col considerare che la perdita del rapporto parentale, tanto più se preceduta da agonia, provoca dolore , per cui, in ossequio alla consolidata giurisprudenza di vertice formatasi in proposito, la posta di danno in questione comporta che il giudice di merito possa procedere alla sua liquidazione in base alle tabelle di Roma, che consentono una diminuzione della posta risarcitoria solo alla luce di circostanze concrete che nella specie non risultano.

Il giudicante ha proceduto quindi alla liquidazione tenendo conto della situazione familiare prospettata, dell'età del deceduto e dell'età adulta dei figli, liquidando un importo congruo.

Osservatorio ICA Italia
Osservatorio Italiano Valutazioni Immobiliari

Resta di 549.000,00 euro, quindi, la somma da riconoscersi per detto danno, che andrà, però, devalutata alla data del decesso e da lì annualmente rivalutata con aggiunta di interessi fino al giorno del deposito della decisione di primo grado, da allora aumentata dei soli interessi fino al saldo: essa va ripartita in parti uguali tra gli appellati aventi diritto.

SESTO MOTIVO DI APPELLO: erroneo riconoscimento del limite di "massima esposizione della Compagnia Assicurativa" alla luce di quanto disposto dall'art. 20 delle Condizioni generali di Polizza" sotto il profilo dell'assoluta carenza di prova dei sottesi presupposti negoziali.

Questa censura è rivolta solo nei riguardi della *CP_3*
Il Tribunale ha opinato quanto segue.
"In relazione al soggetto tenuto al risarcimento del danno, occorre tenere in considerazione che la polizza stipulata tra l' *Parte_1* e la società assicuratrice convenuta, oltre a prevedere un SIR di euro 250.000,00, all'art. 20 delle condizioni generali di contratto, prevede che "Qualora il contraente/assicurato comunichi la volontà di non definire il sinistro nei termini prospettati dalla società, la stessa resterà esposta fino all'importo indicato nella proposta, anche qualora il sinistro sia definito successivamente per un importo maggiore, mentre la differenza resterà a carico del contraente/assicurato". Al riguardo va considerato che dalla documentazione versata in atti, è emerso che vi è stata una proposta transattiva formulata all'impresa assicuratrice che prevedeva il versamento della somma complessiva di euro 210.000,00 (euro 95.000,00 ciascuno, oltre 20.000,00 per spese legali) che, tuttavia, non è stata perfezionata, nonostante l'adesione da parte della compagnia assicuratrice, per mancanza di volontà dell' *Parte_1* . Pertanto, mentre l'operatività della polizza deve essere confermata avendo il sinistro ampiamente superato il limite suddetto di 250.000,00 euro di SIR, tuttavia, in applicazione dell'art. 20 della polizza stessa, la *CP_7* [redacted] può ritenersi obbligata soltanto sino all'importo di euro 210.000,00, come sopra indicato, mentre il resto deve essere posto a carico della *Parte* ".
Va ricordato che la *Parte* aveva chiamato in causa *CP_3* a fini di manleva e la compagnia, tra l'altro , aveva invocato l'applicazione del limite alla copertura assicurativa per "massima esposizione" di cui all'art. 20 della Polizza n. [redacted] pacificamente operante tra dette parti.
La clausola invocata prevedeva che "Qualora il Contraente/Assicurato comunichi la volontà di non definire il sinistro nei termini prospettati dalla Società, la stessa resterà esposta fino all'importo indicato nella proposta, anche qualora il sinistro sia definito successivamente per un importo maggiore, mentre la differenza resterà a carico del Contraente/Assicurato", per cui secondo l'appellata assicurazione (la cui tesi è quella condivisa nella gravata sentenza) la massima esposizione si riduceva all'importo di €. 210.000,00, proposto, in via transattiva, dal legale degli *Per_4* *Per_2* e il rifiuto della *Parte* di definire il sinistro in conformità doveva comportare che la *CP_3* restasse obbligata soltanto sino all'importo di euro 210.000,00,mentre il resto doveva essere posto a carico della *Parte*
In appello si assume che l'art. 20 per poter essere applicato richiedeva una comunicazione scritta di rifiuto da parte della *Parte* in concreto mai avutasi, sicchè il Tribunale ha illogicamente individuato un "mancanza di volontà" dell'appellante di definire il sinistro a 210mila euro in assenza di elementi, tali non potendo essere la proposta transattiva contenuta in una mail inviata il 26 aprile 2016 dal legale dei ricorrenti alla compagnia e la di molto successiva mail del 15 ottobre 2018 con la quale *CP_3* comunicò alla *Parte* che "si fa presente che la massima esposizione è rappresentata da questa proposta di definizione pari a euro 210.000 omnia, importo integralmente entro SIR. Pertanto laddove a seguito del deposito della CTU controparte dovesse (a ragione) chiedere un importo superiore alla SIR di polizza, la Compagnia non potrà in nessun caso essere obbligata ad alcun esborso, attesa la condotta di rifiuto della Assicurata a definire in precedenza per importi minori.".

Dall'archivio dell'Osservatorio ICA Italia · osservatorioicaitalia.it/sentenze/hai-905

Ad avviso della Corte la censura è fondata: per ritenere applicabile la clausola di massima esposizione occorreva, in effetti, la comunicazione formale del rifiuto a definire da parte della *Parte* a ciò non potendo sopperire (questa è la difesa della compagnia), in pacifica assenza di un esplicito rifiuto dell'assicurato ad aderire alla proposta di transazione che la Compagnia aveva ottenuto, la pretesa manifestazione di una contraria volontà di cui a due distinte riunioni del Comitato Valutazione Sinistri (o *Orga* , tenutesi il 29.6.2016 e il 17.5.2018, anche tenuto conto che non vi sono in atti nemmeno i verbali di tali riunioni, peraltro relative ad organo interno ad essa *CP_3* e come tale non dotato di poteri decisionali nell'ambito della *Parte*
Di ciò, per vero, rende in ogni caso evidenza l'art. 6 delle condizioni di polizza, che prevedeva espressamente come "Tutte le comunicazioni tra le parti debbono essere fatte in forma scritta."
Il motivo, quindi, va accolto, dovendosi escludere l'operatività della predetta clausola di cui all'art. 20 delle condizioni di polizza.

RICHIESTE EX ART. 346 CPC: infondatezza delle ulteriori eccezioni ai limiti di copertura assicurativa rimaste, comunque, assorbite.

Parte appellante, quindi, insiste nella richiesta di essere manlevata e tenuta indenne da ogni conseguenza economica della lite da parte della compagnia, richiesta che va accolta nonostante la proposizione di appello incidentale da parte della predetta, come si va a vedere.

APPELLO INCIDENTALE

MOTIVO DI APPELLO: VIOLAZIONE DEGLI ART.112 e116 C.P.C., in relazione all' art. 2697 c.c. ed errata, incompleta e superficiale valutazione delle risultanze istruttorie, nonché vizio di motivazione.

Con detta censura l'assicurazione assume come errata la decisione del Tribunale per aver ritenuto operante la polizza pur avendo affermato la validità della clausola di cui all'art. 20, ciò perché, visto che operava anche la franchigia contrattuale nella misura di € 250.000,00 avrebbe dovuto escludere ogni e qualsiasi onere economico a carico di *CP_3* anche in ragione dell'applicazione della clausola che prevedeva la franchigia.
Avendo il Primo Giudice accertato che la massima esposizione era integrata da una cifra inferiore alla S.I.R. contrattualmente prevista, avrebbe dovuto statuire la totale inoperatività della polizza, in applicazione delle due predette pattuizioni contrattuali (massima esposizione e S.I.R.).
Si è già visto che la clausola di massima esposizione non poteva operare, per cui la polizza doveva essere applicata e, quanto alla pretesa franchigia , si ha che a pagina 21 della polizza, dedicata alle franchigie, non ve ne è traccia.
Quanto alla clausola S.I.R., valga osservare che essa non prevedeva franchigia, bensì che l'assicurazione valesse solo per i sinistri il cui risarcimento superasse l'importo di euro 250.000,00 e che in caso contrario, ossia se il risarcimento non lo superava , il sinistro doveva essere gestito dal contraente senza neanche obbligo di denuncia all'assicurazione.
Orbene, a prescindere dal rilevo per cui l'importo del risarcimento è risultato comunque superiore a 250mila euro, dirimente è la circostanza, documentale, per cui nella polizza alla Sezione 2, articolo 1, era stato espressamente prevista l'inapplicabilità proprio della sezione " *Organizzazione_2* " , ovvero della SIR in parola, tanto perché si era convenuto che " a parziale deroga di quanto previsto dal paragrafo SIR resta inteso tra le parti che la presente estensione di garanzia sarà operante senza applicazione di quanto ivi disciplinato".
Nemmeno la clausola SIR, quindi, poteva essere applicata in quanto non operante per espressa deroga contrattuale.
L'appello incidentale, quindi, si appalesa destituito del benchè minimo fondamento, ciò anche sotto l'ultimo profilo con esso dedotto, ovvero la pretesa violazione dell'art. 1914 c.c. che si sarebbe

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

determinata per effetto della condotta dell'Parte assicurata, consistita nel non accettare la favorevole proposta transattiva che CP_3 era riuscita ad ottenere, sicchè la condotta della Parte appellante avrebbe integrato una volontaria violazione dell'obbligo di salvataggio di cui all'art. 1914 c.c., per cui si dovrebbe dichiarare la stessa, ai sensi dell'art. 1915, comma 1, c.c., decaduta dal diritto alla garanzia assicurativa.
Tanto si ritiene in quanto la fatidica proposta transattiva, di cui alla mail che il 26 aprile 2016 il legale dei ricorrenti inviò alla compagnia , prevedeva solo la comunicazione che gli assistiti intendevano accettare, evidentemente da CP_3 a titolo transattivo e non anche esaustivo del danno subito la concordata somma di 210mila euro.
Non si vede, quindi, come la Parte abbia violato l'obbligo di diminuire il danno, volta che una siffatta proposta, non idonea a tacitare i danneggiati, lasciava costoro liberi di agire nei suoi confronti per la differenza, altrimenti coperta dalla garanzia.

L'appello incidentale, quindi, deve essere respinto e tale esito comporta l'applicazione (come al dispositivo) della sanzione di cui all' art. 13 comma quater DPR 115/2002.

Questa Corte, infine, rilevato che la Parte e la CP_3 hanno rispettivamente documentato di avere versato alle controparti la somma di euro 345.272,00 la prima e quella di 210.000,00 la seconda, somme che appaiono corrispondere nel complesso al risarcimento deciso in questo grado, evidenzia che esse debbano, l'assicurazione a titolo di manleva, ancora versare la sola eccedenza.

Quanto alle spese, si ha che la Parte rimane soccombente nei confronti degli appellati CP_1 in punto di an e di quantum, sia pur per il minore importo deciso: essa, invece, è palesemente vittoriosa nei confronti dell'assicurazione.
Ne deriva che la Parte va condannata alle spese del presente grado in favore degli appellati CP_1 tenuto conto del valore della controversia diminuito a 563.500,00 euro e CP_3 va condannata sia a tenerla indenne anche per dette spese, sia a rifonderle le spese del grado in base al medesimo valore
Esse, quindi, vengono liquidate, in favore sia degli appellati CP_1 che della Parte in base al compenso medio previsto per le cause di valore ricadente nel sesto scaglione, da aumentarsi del 10% atteso il superamento del limite di 520mila euro.
Questi gli importi.
fase di studio: 4389,00,
fase introduttiva: 2552,00,
fase istruttoria: non svolta
fase decisionale: 7298,00,
per un totale di euro 14.239,00 da aumentarsi del 10% ad euro 15.662,90, oltre spese generali, cpa ed Iva come per legge, cui aggiungere euro 2556,00 per esborsi che la sola CP_3 deve rifondere alla Parte

P.Q.M.

La Corte, definitivamente pronunciando nella causa in epigrafe, ogni diversa istanza, eccezione e deduzione disattesa e reietta, così provvede:
1)accoglie l'appello principale e, in parziale riforma della gravata ordinanza, condanna la [...] Controparte_8 in persona del lrpt, al pagamento in favore di CP_1 [...] e Controparte_2 della minor somma complessiva di euro 281.750,00 ciascuno, oltre rivalutazione monetaria e interessi legali come in parte motiva, ma al netto di quanto già corrisposto;
2)dichiara l'appellata Controparte_3 tenuta a manlevare interamente la Parte di quanto da essa dovuto ai CP_1

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it

3)regola le spese come in parte motiva;
4)dichiara che la parte appellante incidentale è tenuta al pagamento di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato in misura pari a quello già dovuto per l'impugnazione.

Così deciso in camera di consiglio il 7.2.2024.

Il Cons. rel.
Alberto Iachini Bellisarii

Il Presidente
Francesco Filocamo

Osservatorio ICA Italia
osservatorioicaitalia.it