

REPUBBLICA ITALIANA
In Nome del Popolo Italiano
CORTE D'APPELLO DI TORINO
- Sezione Terza Civile -

riunita in camera di consiglio da remoto su dispositivo telematico "Teams", ai sensi dell'art. 23, co. 9, d.l. n. 137/20 (conv. nella l. n. 176/20), nelle persone dei Signori Magistrati:

Dott.sa Ombretta SALVETTI

Presidente

Dott. Fabrizio APRILE

Consigliere relatore

Dott.sa Paola FERRARI BRAVO

Consigliere

ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile iscritta al n. **88/21** R.G. promossa da:

AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata in Roma presso lo studio dell'Avv. D. Morganti che la rappresenta e difende per procura in atti

- PARTE APPELLANTE -

c o n t r o

CASA DI CURA V. M. S.p.A., in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata in Torino presso lo studio dell'Avv. F. Pellerito che la rappresenta e difende, unitamente agli Avv.ti G. Cristoffanini e F. Odero del foro di Genova, per procura in atti

- PARTE APPELLATA -

c o n t r o

P. M. A., contumace

- PARTE APPELLATA -

c o n t r o

P. D. L., quale erede del dott. F. C., elettivamente domiciliata in Alessandria presso lo studio dell'Avv. D. De Faveri che la rappresenta e difende, unitamente dell'Avv. L. Nicolliello del foro di Genova, per procura in atti

- PARTE APPELLATA E APPELLANTE INCIDENTALI -

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A., in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata in Alessandria presso lo studio dell'Avv. V. Gatti che la rappresenta e difende per procura in atti

- PARTE APPELLATA -

ZURICH INSURANCE P.I.c. - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, elettivamente domiciliata in Torino presso lo studio dell'Avv. C. Vaira che la rappresenta e difende per procura in atti

- PARTE APPELLATA -

Udienza di precisazione delle conclusioni del 14/10/2021 con modalità di trattazione scritta ai sensi degli artt. 83, co. 7, lett. h), d.l. n. 18/20 (conv. nella l. n. 27/20) e 221, co. 4, d.l. n. 34/20 (conv. nella l. n. 77/20).

CONCLUSIONI DELLE PARTI

PER PARTE APPELLANTE

"Piaccia all'Ecc.ma Corte d'Appello adita, disattesa ogni contraria istanza, eccezione e deduzione, in accoglimento del presente appello avverso la sentenza n. 732/2020 del Tribunale di Alessandria, emessa il 17 novembre 2020 e pubblicata il 30 novembre 2020, in riforma della sentenza menzionata, per tutte le ragioni esposte nel corso del giudizio: nel merito, in via principale, respingere la domanda di garanzia formulata da V. M. S.p.a. contro Amissima, in quanto infondata in fatto e in diritto e comunque non provata;

nel merito in via gradata, nella denegata ipotesi di reiezione della superiore domanda e di condanna di Amissima a tenere indenne V. M., accertare e dichiarare l'obbligo di manleva/indennizzo nel rispetto di tutto quanto previsto dalle condizioni di assicurazione di cui

alla polizza Carige n. 548145406-03 e nei limiti del massimale ivi indicato, accertare e dichiarare in capo ad Amissima il diritto di rivalersi ex art. 1916 cod. civ. ed ex art. 27 del contratto di assicurazione Carige n. 548145406-03 e/o di regresso nei confronti di D. L. P. in qualità di erede del deceduto Dott. C. F. per tutti gli eventuali esborsi sopportati dalla Compagnia in ragione dei fatti causa e delle disposte condanne, e per l'effetto condannare la medesima D. L. P., in qualità di erede del deceduto Dott. C. F., a rimborsare ad

Amissima i corrispondenti importi. Con vittoria di spese e compensi del doppio grado di giudizio".
PER V. M. S.p.A.

"Voglia l'Ecc.ma Corte di Appello, contrariis reiectis, previo rigetto delle istanze istruttoria ex adverso formulate, in via principale, rigettare integralmente l'avversario appello di Amissima Assicurazioni S.p.A., in quanto inammissibile e/o infondato - per le ragioni espresse nella comparsa di risposta ovvero in ogni caso - e comunque confermare sul punto l'impugnato provvedimento; sempre in via principale, rigettare la domanda formulata in via di appello incidentale dalla Sig.ra P. verso V. M., in quanto inammissibile e/o improcedibile e/o infondata - per le ragioni espresse nelle note a verbale datate 14 maggio 2021 - e comunque confermare sul punto l'impugnato provvedimento; in ogni caso, dichiarare l'Appellante Amissima Assicurazioni S.p.A. tenuta a rispondere e/o manlevare la conchiudente per tutte le somme che V. M., a qualsiasi titolo, fosse costretta a corrispondere a P. M. A.. Per l'effetto, condannare la predetta Compagnia a pagare direttamente a P. M. A., ex art. 1917, II° comma, cod. civ., ovvero a manlevare e/o a rimborsare V. M. S.p.A. di tutto quanto essa risultasse tenuta a pagare all'esito dell'istruttoria di causa; con il favore delle spese di entrambi gradi di giudizio, incluse spese di CTU, rimborso forfettario, CPA e IVA come per legge, nulla escluso od eccettuato".

PER P. D. L.

"Reietta ogni contraria istanza, eccezione e deduzione, piaccia alla Corte d'Appello Ecc.ma, previo, ove ritenuto opportuno, ordine di esibizione in giudizio, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 210 C.P.C., alla Dott.ssa M. A. P. e/o alla Casa di Cura V. M. S.p.A. con sede legale in Genova Via Monte Zovetto n. 27, di copia di tutta la documentazione inerente l'intervento di ricostruzione mammaria bilaterale e lifting cervico-facciale eseguito dal Prof. Francesco Filippi in data 31.10.2008 presso detta Casa di Cura. Previa, ove ritenuto opportuno, ammissione dei capitoli di prova per interrogatorio formale dell'attrice e testi dedotti in memoria ex art. 183 comma VI n. 2) c.p.c. datata 17.11.2014, con tutti i testi ivi indicati.

Previa declaratoria dell'ammissibilità dell'appello incidentale svolto. Nel merito, in via incidentale: in riforma di quanto stabilito nell'impugnata sentenza n. 732/2020 del Tribunale di Alessandria, respingere tutte le domande della Dott.ssa M. A. P. siccome infondate in fatto ed in diritto, per tutti i motivi svolti in atti.

In subordine, sempre in via incidentale: nella denegata ipotesi di mancato accoglimento dell'appello incidentale proposto in via principale, dato atto e dichiarata la sussistenza della responsabilità della V. M. S.p.A. nella causazione dei danni patiti dalla Dott.ssa M. A. P., in riforma di quanto stabilito nell'impugnata sentenza n. 732/2020 del Tribunale di Alessandria, dichiarare tenuta V. M. S.p.A. al pagamento di tutte le somme riconosciute in favore della Dott.ssa M. A. P. in via esclusiva ovvero in proporzione delle quote di responsabilità accertate dalla Corte d'Appello Ecc.ma.

In ulteriore subordine, sempre in via incidentale: in caso di mancato accoglimento dell'appello incidentale formulato in via principale e di quello, anche parziale, formulato in via subordinata, dichiarare tenute, in riforma di quanto stabilito nell'impugnata sentenza n. 732/2020 del Tribunale di Alessandria, Unipolsai Assicurazioni S.p.A. e Zurich Insurance PLC a manlevare la Signora D. L. P. da qualsivoglia somma la stessa dia condannata a pagare a qualsiasi titolo in favore della Dott.ssa M. A. P. e della V. M. S.p.A. In ulteriore subordine, sempre in via incidentale: dichiarare tenute, in riforma di quanto stabilito nell'impugnata sentenza n. 732/2020 del Tribunale di Alessandria, Unipolsai Assicurazioni S.p.A. e Zurich Insurance PLC al pagamento delle spese legali da questa sostenute per il giudizio di primo grado ovvero disporre la compensazione delle stesse, sussistendone i presupposti ex art. 92 comma 2 c.p.c. Con il favore dei compensi professionali e delle spese di entrambi i gradi giudizio, da porsi a carico della Dott.ssa M. A. P., ai sensi e per gli effetti dell'art. 91 c.p.c., o, in subordine, di V. M. S.p.A.

e/o Unipolsai Assicurazioni S.p.A. e Zurich Insurance PLC per tutti i motivi in atti”.

PER UNIPOLSAI S.p.A.

“Piaccia alla Ecc.ma Corte di Appello adita, respinta ogni contraria istanza ed eccezione e premesse le declaratorie del caso, confermare la sentenza di primo grado perché legittima, corretta e priva di censure e, conseguentemente, assolvere UnipolSai Assicurazioni S.p.a. da ogni domanda, eventualmente, formulata nei suoi confronti. Comunque, assolvere UnipolSai Assicurazioni S.p.a. da ogni domanda svolta nei suoi riguardi. In ogni caso, confermare la statuizione in ordine alle spese legali indicate nella sentenza di primo grado, liquidando a favore di UnipolSai Assicurazioni S.p.a. quelle del presente grado di giudizio”.

PER ZURICH P.I.c.

“Voglia il Giudice adito, respinta ogni contraria istanza, eccezione e deduzione. Dato atto che ZURICH INSURANCE PUBLIC LIMITED COMPANY - Rappresentanza Generale per l'Italia - dichiara di non accettare il contraddittorio su eventuali domande nuove. In via preliminare. Dichiarare l'inammissibilità dell'appello incidentale proposto da P. D. L. per i motivi di cui in atti. Nel merito. In via principale. Assolvere ZURICH INSURANCE PUBLIC LIMITED COMPANY - Rappresentanza Generale per l'Italia -, in persona del legale rappresentante pro tempore, da ogni domanda contro la stessa proposta, richiamate tutte le conclusioni di prime cure, ovvero, nel merito, in via preliminare ed assorbente, accertata la non copertura assicurativa del sinistro in oggetto, assolvere ZURICH INSURANCE PUBLIC LIMITED COMPANY - Rappresentanza Generale per l'Italia -, in persona del legale rappresentante pro tempore, da ogni domanda conto la stessa proposta con atto di citazione di terzo 22.01.14. Vinte le spese e competenze di causa. Nella denegata ipotesi di ritenuta copertura assicurativa del sinistro in oggetto, assolvere il prof. C. F. e conseguentemente ZURICH INSURANCE PUBLIC LIMITED COMPANY - Rappresentanza Generale per l'Italia -, in persona del legale rappresentante pro tempore, da ogni domanda formulata con atto di citazione e conseguente citazione per chiamata di terzo in manleva. Vinte le spese e competenze di causa.

In via subordinata. Nella denegata ipotesi di riconoscimento di responsabilità alcuna in capo al prof. C. F. e nel caso di ritenuta copertura assicurativa, contenere il risarcimento secondo il giusto e provato e secondo le limitazioni di polizza, nonché nei limiti della domanda di manleva. In ogni caso. Liquidare le anticipazioni di cui alla documentazione in atti ed i compensi professionali tutti di cui alla nota allegata, redatta con riferimento alle fasi processuali, alle prestazioni effettivamente svolte nonché alla complessità della controversia; il tutto oltre maggiorazioni di legge, cpa ed iva nelle previste misure sui compensi imponibili”.

Oggetto: responsabilità medica.

MOTIVI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

1. Con atto d'appello ritualmente notificato, l'AMISSIMA S.p.A. impugnava la sentenza n. 732/20 del Tribunale di Alessandria in data 17-30/11/2020 che l'aveva condannata a tenere manlevata, in forza della polizza assicurativa già sottoscritta dalla Carige Assicurazioni S.p.A. (cui l'appellante era subentrata), la V. M. S.p.A. per l'importo di € 78.805,66 riconosciuto a P. M. A. a titolo di risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale conseguito all'intervento chirurgico, negligente e imperito, di impianto di protesi discale a livello della terza e quarta vertebra lombare praticato il 18/12/2007 presso la predetta Casa di Cura dal dott. F. C.. L'appellante, in particolare, lamentava che il primo Giudice aveva erroneamente:

- ritenuto operativa la garanzia assicurativa qualificando la relativa polizza come assicurazione “primo rischio” senza franchigia, trascurando, tuttavia, che la clausola n. 11 prevedeva la copertura degli eventuali danni cagionati a terzi dai collaboratori non dipendenti della clinica assicurata (come il dott. F. C.) soltanto in “secondo rischio” e in eccedenza rispetto alla copertura garantita dalle polizze personali sottoscritte da questi ultimi, e, comunque, con una franchigia assoluta di € 260.000,00;

- ommesso di pronunciarsi sulla domanda subordinata di regresso/rivalsa ex art. 1299 c.c. nei confronti del dott. F. C. di quanto eventualmente corrisposto alla Casa di Cura a copertura del danno lamentato dall'attrice.

Si costituiva la V. M. S.p.A. chiedendo il rigetto dell'appello (in quanto la clausola n. 11 prevedeva solo la copertura aggiuntiva delle polizze personali dei medici non dipendenti, ma non escludeva la copertura assicurativa integrale in favore della clinica) e la totale conferma della sentenza impugnata.

Si costituiva ex art. 110 c.p.c. P. D. L., moglie del dott. F. C. (deceduto nelle more del processo di primo grado), formulando appello incidentale e lamentando che il primo Giudice aveva erroneamente:

- accolto la domanda risarcitoria nonostante la carenza di imperizia o negligenza nell'operato del dott. F. C., il cui intervento chirurgico era tecnicamente riuscito, come attestato dalla c.t.u. medica e comprovato dalle osservazioni ex art. 195, co. 3, c.p.c. svolte dal proprio c.t.p., alle quali il c.t.u. non aveva adeguatamente ed esaurientemente replicato;

- omesso di valutare la speciale complessità dell'operazione praticata sulla paziente, che avrebbe consentito l'applicazione scriminante dell'art. 2236 c.c.;

- liquidato il risarcimento del danno senza motivare sulle ragioni dell'aumento al massimo della personalizzazione del pregiudizio non patrimoniale e del riconoscimento di € 120,00 (anziché di € 98,00, come previsto dalle tabelle del Tribunale di Milano) a titolo di indennità giornaliera per l'invalidità temporanea;

- ritenuto insussistente la responsabilità concorrente della V. M. S.p.A., nonostante la presunzione prevista in tal senso dagli artt. 1298, co. 2, e 2055, co. 3, c.c.;

- rigettato la domanda in garanzia avanzata nei confronti dell'UNIPOLSAI S.p.A. (già Fondiaria Assicurazioni S.p.A.) e della ZURICH P.I.c. sull'assunto, infondato, della validità (smentita dalla giurisprudenza di legittimità prevalente al tempo della sottoscrizione delle polizze) delle clausole *claims made* ivi contenute, per cui la denuncia del danneggiato sarebbe dovuta pervenire agli assicuratori entro il termine di efficacia della polizza stessa;

- posto le spese processuali delle due predette compagnie assicuratrici a esclusivo carico dell'erede dell'assicurato, senza alcuna opportuna compensazione a fronte della complessità della vicenda di causa.

Nessuno si costituiva per P. M. A. – pur a fronte della ritualità della notificazione dell'atto di citazione in appello – che veniva pertanto dichiarata contumace.

Si costituiva l'UNIPOLSAI S.p.A. chiedendo il rigetto dell'appello incidentale e l'integrale conferma della prima sentenza.

Si costituiva la ZURICH P.I.c. eccependo preliminarmente la tardività ex art. 334 c.p.c. dell'appello incidentale (in quanto l'interesse a proporlo doveva ritenersi autonomo e non connesso all'impugnazione principale spiegata dall'AMISSIMA S.p.A.) e chiedendone il rigetto nel merito.

2. Il primo motivo dell'appello principale dell'AMISSIMA S.p.A. non può trovare accoglimento, dovendosi condividere le difese assunte in merito dalla Casa di Cura appellata.

La clausola n. 4 della polizza, recante l'oggetto dell'assicurazione e avente portata generale, riconosce, al secondo paragrafo del n. 1, l'estensione della garanzia assicurativa, in conformità agli artt. 1228 e 2049 c.c., «*anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto anche doloso di persone delle quali debba rispondere*», compresi, quindi, i lavoratori dipendenti e tutti i collaboratori (compreso il personale medico non subordinato) che, a qualunque titolo, prestano la propria attività nell'ambito e nell'interesse dell'ente assicurato.

La portata generale di questa norma pattizia è confermata dalla clausola n. 9 – ove si ribadisce che «*le garanzie prestate dalla presente polizza coprono a tutti gli effetti anche la Responsabilità Civile personale di tutti i dipendenti del Contraente*» – dalla clausola n. 12 – ove si ribadisce che «*viene tenuta coperta dalla presente polizza la responsabilità civile personale dei soggetti diversi dai medici e paramedici che partecipano allo svolgimento dell'attività del*

Contraente/Assicurato» – nonché, segnatamente (e per quanto qui di preminente interesse), dal primo paragrafo della clausola n. 11 – ove si ribadisce che «Premesso che il Contraente/Assicurato si avvale per lo svolgimento della propria attività della collaborazione di medici e paramedici [...], le garanzie prestate dalla presente polizza coprono a tutti gli effetti la Responsabilità Civile Personale di questi soggetti, ivi compresa la loro responsabilità civile professionale».

Poiché, a norma dell'art. 1363 c.c., le clausole del contratto si interpretano le une per mezzo delle altre e a ciascuna di loro dev'essere attribuito il senso complessivo dell'atto negoziale, allora la contestata norma di cui al secondo paragrafo della clausola n. 11 non può avere il significato assolutamente derogatorio del complessivo regolamento di polizza che l'appellante intende invece riconoscerle, nella forma, in particolare, di clausola di "secondo rischio" e "in eccesso" rispetto alle assicurazioni personali dei medici non dipendenti della Casa di Cura; come se per questi ultimi fosse ritagliata una disciplina *ad hoc* in chiave limitativa (se non ablativa *tout court*) della copertura assicurativa, altrove invece garantita senza esclusioni.

In questo preciso senso, è senz'altro risolutiva la statuizione della Suprema Corte pronunciata in una causa sostanzialmente analoga alla presente, che, dopo avere stigmatizzato l'irragionevolezza di un'interpretazione "discriminatoria" della polizza tra medici dipendenti e medici liberi professionisti, prosegue precisando che *«affinché un contratto di assicurazione possa "operare in eccesso" rispetto ad un'altra polizza assicurativa, è necessario che i due contratti coprano il medesimo rischio. Così, ad esempio, una assicurazione contro l'incendio non potrebbe mai "operare in eccesso" rispetto ad una contro il furto. Per contro, l'assicurazione contro l'incendio stipulata dal locatore ben potrebbe "operare in eccesso" rispetto all'identica assicurazione stipulata dal conduttore per conto altrui, e quindi coprire i danni non coperti da quest'ultima polizza. Or bene, se un medico operante all'interno di una struttura sanitaria ha stipulato una "assicurazione personale", questa non può che coprire la responsabilità civile del medico stesso. L'assicurazione della responsabilità civile del medico operante all'interno d'una struttura sanitaria ha ad oggetto un rischio del tutto diverso rispetto a quello coperto dall'assicurazione della responsabilità civile dalla struttura in cui il medico si trova ad operare. Nell'assicurazione di responsabilità civile infatti - che è assicurazione di patrimoni e non di cose - il "rischio" oggetto del contratto è l'impovertimento dell'assicurato, non il danno eventualmente patito dal terzo e causato dall'assicurato. Pertanto una assicurazione "personale" della responsabilità civile del medico copre per definizione il rischio di depauperamento del patrimonio di quest'ultimo. L'assicurazione della responsabilità civile della clinica, invece, copre il rischio di depauperamento del patrimonio della struttura sanitaria. I due contratti sono diversi, i due rischi sono diversi, i due assicurati sono diversi: e nulla rileva che tanto la responsabilità della clinica, quanto quella del medico, possano sorgere dal medesimo fatto illecito, che abbia causato in capo al terzo il medesimo danno. Se due contratti di assicurazione garantiscono rischi diversi, non può mai sussistere per definizione né una coassicurazione, né una assicurazione plurima, né una copertura "a secondo rischio", come ritenuto dalla Corte d'appello. Quest'ultima, infatti, presuppone che il rischio dedotto nel contratto sia già assicurato da un'altra polizza. Ma poiché il rischio cui è esposto il medico è ben diverso dal rischio cui è esposta la struttura (tali rischi, infatti, minacciano patrimoni diversi), una assicurazione stipulata dalla clinica "per conto proprio" non potrebbe mai garantire anche la responsabilità del medico. Ne consegue che una polizza stipulata a copertura della responsabilità civile della clinica (tanto per il fatto proprio, quanto per il fatto altrui) non può mai "operare in eccesso alle assicurazioni personali dei medici", perché non vi è coincidenza di rischio assicurato tra i due contratti»* (Cass. n. 30314/19, in motivazione; sottolineature dell'estensore).

Dunque, l'interpretazione patrocinata dall'appellante risulta smentita dalla soprascritta pronuncia – praticamente in termini – a cui questo Collegio intende dare seguito; ciò basta per escludere che la garanzia assicurativa per i fatti dannosi dei medici non dipendenti operasse in "secondo rischio" e per rigettare di conseguenza la conforme censura mossa alla prima sentenza.

3. Il secondo motivo d'appello (relativamente al profilo del regresso ex art. 1299 c.c., non anche a quello della surroga ex art. 1916 c.c., mai preteso in primo grado e inammissibile in appello

ex art. 345, co. 2, c.p.c.) è invece parzialmente fondato e meritevole di accoglimento secondo le considerazioni che seguono.

Anche in quest'ambito soccorre la giurisprudenza di legittimità laddove ha affermato che «*nel rapporto interno tra la struttura sanitaria e il medico, la responsabilità per i danni cagionati da colpa esclusiva di quest'ultimo deve essere ripartita in misura paritaria secondo il criterio presuntivo degli artt. 1298, comma 2, e 2055, comma 3, c.c., in quanto la struttura accetta il rischio connaturato all'utilizzazione di terzi per l'adempimento della propria obbligazione contrattuale, a meno che dimostri un'eccezionale, inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile (e oggettivamente improbabile) devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute che è oggetto dell'obbligazione*» (Cass. n. 28987/19; conf. Cass. n. 29001/21).

Ora, è vero che il c.t.u. ha accertato l'esclusiva responsabilità del dott. F. C., precisando, in sede di chiarimenti, che «*Da un punto di vista strettamente medico, la Clinica Montallegro non ha alcuna responsabilità in quanto fornisce, mi si passi*

l'espressione, il "pacchetto servizi" (mura, sala operatoria, reparto di ricovero ed eventuale assistenza infermieristica), ma l'operato è in carico all'equipe medico-chirurgica, in questo caso al dott. F., tanto più che il dottore non è un dipendente della Clinica Montallegro, ma è un libero professionista che un rapporto di tipo collaborativo con la clinica» (verb. ud. 12/07/2017); è altrettanto vero, tuttavia, che questo rileva nell'ambito della responsabilità medica in senso stretto (nel senso, cioè, che deve ritenersi esclusa la responsabilità propria della Casa di Cura per inadempimento al contratto di ospitalità con il paziente), ma non scalfisce, come ha detto la Suprema Corte, il paradigma presuntivo ex artt. 1298, co. 2, e 2055, co. 3, c.c. nei rapporti interni tra condebitori solidali, in quanto la V. M. S.p.A., aveva comunque accettato il rischio che avrebbe comportato l'affidarsi a terzi per l'assolvimento delle obbligazioni "istituzionali" verso i propri pazienti.

Poiché la prestazione del dott. F. C., pur affetta da imperizia e negligenza nei termini accertati dal c.t.u. (su cui *infra*, n. 6), non si era caratterizzata per «*un'eccezionale, inescusabilmente grave, del tutto imprevedibile (e oggettivamente improbabile) devianza del sanitario dal programma condiviso di tutela della salute*» (questione neppure allegata dall'AMISSIMA S.p.A.), allora la pretesa di regresso nei confronti di P. D. L. avanzata dalla compagnia d'assicurazione (che deve considerarsi debitore solidale a tutti gli effetti in forza di quanto statuito ai punti nn. 2 e 4 della sentenza impugnata) dev'essere accolta limitatamente alla quota del 50% del valore del risarcimento (oltre agli accessori e alle spese) come rettificato *infra*, n. 7.2.

4. Riguardo all'appello incidentale proposto da P. D. L., va rigettata la preliminare eccezione di inammissibilità ex art. 334 c.p.c., dal momento che «*L'impugnazione incidentale tardiva è sempre ammissibile tutte le volte che quella principale metta in discussione l'assetto di interessi derivante dalla sentenza che l'impugnato, in mancanza dell'altrui gravame, avrebbe accettato e, conseguentemente, può essere proposta sia nei confronti del ricorrente principale, anche con riguardo ad un capo della sentenza diverso da quello investito dall'impugnazione principale, sia nelle forme dell'impugnazione adesiva rivolta contro parti processuali diverse dall'impugnante principale, tutte le volte che, nel caso*

concreto, il gravame di uno qualsiasi dei litisconsorti, se accolto, comporterebbe un pregiudizio per l'impugnante incidentale tardivo poiché darebbe luogo ad una sua soccombenza totale o, comunque, più grave di quella stabilita nella decisione gravata» (Cass. n. 14596/20).

Ora, l'AMISSIMA S.p.A., nel chiedere in via subordinata il regresso ex art. 1299 c.c. nei confronti di P. D. L. in relazione a quanto corrisposto alla Casa di Cura a copertura del danno subito dalla paziente, ha in tutta evidenza mosso un gravame idoneo, come ha detto la Suprema Corte, a determinare «*un pregiudizio per l'impugnante incidentale tardivo poiché darebbe luogo ad una sua soccombenza totale o, comunque, più grave di quella stabilita nella decisione gravata*».

Né sussiste l'inammissibilità ex art. 342 c.p.c. dell'appello incidentale, che, al contrario, specifica sufficientemente i motivi d'impugnazione relativi alle censure delle valutazioni effettuate dal primo Giudice sul materiale probatorio acquisito agli atti di causa, e, comunque, non ha impedito ai litisconsorti di svolgere adeguatamente le loro difese.

5. Venendo al merito, il primo motivo è infondato e va disatteso.

In primo luogo, il preteso mancato approfondimento della cause che avevano reso necessario l'intervento chirurgico sulla paziente del 22/07/2011 è del tutto irrilevante, perché oggetto della domanda era l'intervento del 18/12/2007.

In secondo luogo, le osservazioni critiche del c.t.p. sono state oggetto di risposta, chiara ed esauriente, dal parte del c.t.u., il quale aveva evidenziato la contraddizione di tali osservazioni nella parte in cui davano per presupposto, condizionante l'intera memoria ex art. 195, co. 3, c.p.c., che «*la attrice soffriva di una grave scoliosi dorsolombare*», mentre il c.t.u. ha precisato di non avere «*indicato la patologia di cui affetta la sig P. in una grave scoliosi dorso lombare, bensì in una scoliosi idiopatica evolutiva, che all'epoca degli interventi de quo era evoluta in una forma grave. Tale diagnosi fu anche quella che lo stesso dr Berjano sostenne in sede di CTU, addirittura mostrando delle immagini radiologiche di caso consimile, che nell'arco degli anni evidenziò una progressiva evoluzione peggiorativa, sino a giungere alla necessità di esecuzione (poi occorsa) di una stabilizzazione vertebrale multi distrettuale*» (c.t.u., pagg. 62-63).

Dunque, non solo non è vero che il consulente non aveva «*mai precisamente replicato*» (comparsa, pag. 20) alle obiezioni del c.t.p., ma è piuttosto vero che parte appellante, essendosi limitata alla mera trascrizione delle osservazioni già mosse dal suo c.t.p. nei confronti dell'elaborato peritale, non ha dedicato una sola parola a quanto dichiarato dal c.t.u. idonea a spiegare in cosa questi avesse sbagliato in tale replica.

Quanto, poi, alla responsabilità professionale del dott. F. C., va ribadita la lineare conclusione cui è pervenuto il consulente del Giudice (neppure in sé espressamente e analiticamente contestata dall'appellante incidentale), per cui, in relazione all'operazione del 18/12/2007, risulta «*non condivisibile la scelta operata dal dr F. in relazione all'impianto di protesi discale L3-L4, stante l'esistenza di una condizione clinica che presentava delle controindicazioni significative a tale intervento, configurandosi perciò, limitatamente a tale aspetto della procedura, un profilo di condotta imperita e negligente. [...] Tale intervento non è condivisibile nella sua indicazione in quanto la periziata presentava delle oggettive controindicazioni alla esecuzione dello stesso proprio in virtù delle preesistenze, oltre che della condizione in essere all'epoca del sinistro. Ne è prova la sfavorevole evoluzione di tale intervento sia clinica che strumentale, sino a rendere necessario un intervento di rimozione della protesi e di artrodesi di L2-L4. Si ritiene pertanto che esista una responsabilità da malpractice in capo al dr F.*» (c.t.u., pagg. 49 e 50).

Tale giudizio medico non può che essere condiviso, alla luce delle ragioni esaurientemente esposte nella parte espositiva della relazione peritale (da intendersi qui integralmente richiamata) che, come si è detto, non è stata analiticamente contestata e che appare immune da vizi logici e corretta in relazione ai principi regolanti la materia.

6. Parimenti infondato il secondo motivo di gravame incidentale.

Non sussiste affatto la contraddizione "macroscopica" della sentenza impugnata che P. D. L. ha creduto invece di ravvisare: il fatto che la patologia a carico della paziente fosse complessa non significa che dovesse essere necessariamente complesso, ai fini scriminanti autorizzati dall'art. 2236 c.c., anche il corrispondente intervento chirurgico: ciò, anzi, è stato espressamente escluso dal c.t.u. (e su questo,

ancora una volta, nulla è stato criticamente osservato) laddove ha precisato che «*La condizione in cui si trovò ad operare il dr F., era quindi già una condizione compromessa, che non presentava le caratteristiche di un intervento di superiore difficoltà, specialmente in relazione all'operatore esperto di tale chirurgia*» (pag. 38), e non c'è ragione alcuna perché il Collegio dovrebbe discostarsi da questo condivisibile giudizio tecnico.

7. È invece parzialmente fondata la terza censura incidentale nei termini che seguono.

7.1. Si osserva, in primo luogo, che l'aumento per la "personalizzazione" del pregiudizio non patrimoniale nella misura massima consentita dalle tabelle milanesi applicate dal primo Giudice non è affatto immotivato, bensì è stato da quest'ultimo giustificato «*in considerazione dell'attività sportiva svolta [dalla danneggiata] e non più praticabile*» (sentenza, pag. 13); non si tratta di una considerazione estemporanea ma, al contrario, è perfettamente in linea con quanto accertato nella c.t.u. medica nel senso che le attuali condizioni di P. M. A. svolgono una «*certa influenza sulla vita sociale e sulle attività di svago in quanto la attuale rigidità della colonna, non consente di svolgere le attività sportive precedentemente svolte dalla dr.ssa P., peraltro a livello intenso,*

con sicuro riflesso sull'umore della periziata [sicché] sussiste ripercussione sulla capacità sociale e sulla possibilità di svolgere attività sportive analoghe a quelle antecedenti gli interventi occorsi e sulla socialità della periziata» (pagg. 49 e 51).

7.2. Si osserva, in secondo luogo, che, in effetti, il Giudice *a quo* ha omesso di motivare sul perché il punto base dell'indennità giornaliera per l'invalidità temporanea sia stato stimato nell'importo maggiorato di € 120,00 anziché in quello minimo di € 98,00; l'analogo riferimento all'«attività sportiva svolta e non più praticabile», se legittimo in relazione al pregiudizio permanente, non lo è altrettanto riguardo al pregiudizio temporaneo, essendo ovvio ed evidente che, a fronte, appunto, di un'invalidità temporanea, l'attività sportiva in quel frangente non avrebbe potuto comunque essere esercitata.

Pertanto, il valore dell'invalidità temporanea – in carenza di elementi a suffragio di “comprovate peculiarità” eventualmente sufficienti a giustificare l'incremento del punto base (elementi non forniti da P. M. A., rimasta contumace) – va parametrato sull'importo giornaliero di € 98,00 e va quindi rettificato in € 22.589,00 (= € 3.920,00 al 100% + € 2.205,00 al 75% + € 1.470,00 al 50% + € 1.470,00 al 25% + € 13.524,00 al 15%). D'altra parte, la durata di tre anni dell'invalidità temporanea è stata così accertata dal c.t.u. (pag. 51) e l'appellante, aldilà del dirsi “affaticata” per la relativa comprensione, non ha opposto a smentita alcunché di specifico.

Sull'importo complessivo del danno, così ricalcolato, di € 73.734,66 (= € 45.932,90 + € 22.589,00 + € 2.212,76 + € 3.000,00) gravano, come si legge nella prima sentenza (e non oggetto d'impugnazione), «*gli interessi compensativi, nella misura legale, da calcolarsi, previa devalutazione dell'importo sopra liquidato al momento del fatto, sulla somma via via rivalutata sino alla presente sentenza (salvo che, per il danno patrimoniale, dal momento dell'esborso alla presente sentenza) [e dal] giorno della liquidazione, all'effettivo saldo, decorrono gli interessi legali sulla somma sopra liquidata complessivamente*» (pagg. 13-14).

8. Anche il quarto motivo di gravame incidentale spiegato nei confronti della V. M. S.p.A. dev'essere accolto per le medesime ragioni, con le stesse limitazioni e nell'identica misura di cui *supra*, n. 3, da intendersi qui integralmente ritrascritte.

In proposito, non è fondata l'eccezione di novità *ex art.* 345, co. 2, c.p.c. sollevata dalla predetta appellata (e anche dall'AMISSIMA S.p.A.), poiché l'allora convenuto dott. F. C., nella comparsa di costituzione in primo grado del 22/11/2013, aveva tempestivamente proposto, ancorché in forma laconica (ma non per questo illegittima o improponibile), esplicita «*domanda di garanzia nei confronti della Casa di Cura V. M. S.p.A.*» (pag. 15) che, nella fattispecie, non poteva che essere qualificata come azione di regresso ai sensi dell'art. 1298 c.c.

9. È infondato, invece, il quinto motivo d'appello incidentale.

Esso, difatti, è interamente basato sulla considerazione – quasi un inedito (e comunque irrilevante) *overruling* sostanziale – per cui al tempo della sottoscrizione, da parte del dott. F. C., delle polizze assicurative con la ZURICH P.I.c. e l'UNIPOLSAI S.p.A. la giurisprudenza di legittimità era orientata nel senso di ritenere vessatorie le clausole *claims made*, come originariamente ritenuto dalla Suprema

Corte, tra le altre, nella sentenza n. 3622/14. Tale primigenio orientamento interpretativo è stato poi superato dalla pronuncia n. 22437/18 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, che, nell'escludere l'invalidità in sé delle clausole *claims made*, ha invitato piuttosto l'interprete a verificarne *ex art.* 1322, co. 1, c.c. «*la rispondenza della conformazione del tipo, operata attraverso l'adozione delle suddette clausole, ai limiti imposti dalla legge, da intendersi come l'ordinamento giuridico nella sua complessità, comprensivo delle norme di rango costituzionale e sovranazionale [con riferimento alla] causa concreta del contratto – sotto il profilo della liceità e dell'adeguatezza dell'assetto sinallagmatico rispetto agli specifici interessi perseguiti dalle parti*» – tutte questioni che P. D. L. non ha minimamente allegato o tematizzato.

Si aggiunga che le polizze in esame prevedevano entrambe la clausola di *claims made* c.d. “pura” (giacché l'istanza di risarcimento doveva essere inoltrata dall'assicurato entro la data di scadenza della polizza), priva come tale di profili di illegittimità (cfr., ad es., Cass., ord., n. 27867/17).

10. Va disattesa, infine, anche la sesta e ultima censura incidentale.

In primo luogo, nel dispositivo della prima sentenza P. D. L. non risulta essere stata condannata alla rifusione delle spese di lite in favore della V. M. S.p.A.

In secondo luogo, le spese processuali liquidate in favore delle due compagnie assicuratrici e poste a carico dell'appellante (interamente soccombente nei loro confronti) non si vede perché dovrebbero ritenersi eccessive (a fronte del valore della causa compreso tra € 52.000 ed € 260.000) e perché avrebbero dovuto essere compensate, non ravvisandosi alcuna speciale difficoltà della controversia.

11. Per tutte le superiori ragioni – che assorbono ogni altra censura e che rendono superfluo ogni ulteriore approfondimento istruttorio – l'appello principale e quello incidentale devono essere parzialmente accolti nei limiti suddetti, sicché, per converso, della sentenza impugnata vanno confermate le statuizioni di cui ai nn. 1, 4, 5 (limitatamente all'UNIPOLSAI S.p.A. e alla ZURICH P.I.c.), 6, 7, 8 e 9.

Sul regolamento delle spese processuali si dispone come segue:

a) il rigetto dell'appello principale dell'AMISSIMA S.p.A. nei confronti della V. M. S.p.A. comporta che la prima sia condannata al rimborso in favore della seconda delle spese del presente grado d'appello, che si liquidano in dispositivo sulla base del *decisum* (€ 73.734,66) e, quindi, degli importi medi, secondo i parametri di cui al d.m. n. 55/14, per una causa di valore compreso tra € 52.000 ed € 260.000 (esclusa la fase istruttoria);

b) il parziale accoglimento dell'appello incidentale di P. D. L. nei confronti della stessa V. M. S.p.A. imporrebbe la condanna della prima (che rimane comunque soccombente) al rimborso in favore della seconda delle spese del presente grado d'appello, compensate nella misura del 50%; tuttavia, per evitare un indebito arricchimento della Casa di Cura (che si vedrebbe altrimenti liquidare le spese di lite per due volte in proprio favore), si ritiene equo e opportuno che le spese *sub a)* siano poste anche a carico solidale dell'appellante incidentale per la quota del 50%;

c) il medesimo ragionamento *sub b)*, dovendosi tenere conto dell'esito complessivo della lite (cfr. Cass., ord., n. 19122/15), vale inevitabilmente anche per le spese del primo grado di cui al n. 10 della sentenza appellata, che vanno integrate con la partecipazione solidale di P. D. L., sempre per la quota del 50%;

d) il parziale accoglimento dell'appello principale dell'AMISSIMA S.p.A. nei confronti di P. D. L. comporta che la seconda sia condannata al rimborso in favore della prima delle spese del presente grado d'appello, che si liquidano in dispositivo sulla base del *decisum* di € 36.867,33 (e, quindi, degli importi medi, secondo i parametri di cui al d.m. cit., per una causa di valore compreso tra € 26.000 ed € 52.000, esclusa la fase istruttoria e oltre agli esposti documentati) e che si compensano nella misura del 50%;

e) il parziale accoglimento dell'appello incidentale sul *quantum* del risarcimento riconosciuto in primo grado a P. M. A. è di portata tale da non incidere apprezzabilmente nella complessiva domanda svolta dalla danneggiata, per cui la liquidazione delle spese di lite di primo grado di cui al n. 7 della sentenza impugnata dev'essere confermato (anche per il fatto che

non muta lo scaglione tariffario di riferimento); non si provvede sulle spese d'appello a fronte della contumacia dell'originaria attrice;

f) il rigetto dell'appello incidentale nei confronti dell'UNIPOLSAI S.p.A. e della ZURICH P.I.c. impone la condanna di P. D. L. al rimborso in favore di ciascuna delle predette parti delle spese del presente grado d'appello, che si liquidano in dispositivo sulla base del *decisum* di € 73.734,66 e, quindi, degli stessi parametri *sub a)*, con esclusione dell'aumento ex art. 4, co. 1-*bis*, d.m. cit. in quanto l'unico effettivo contraddittore è stato l'appellante incidentale e non anche le altre parti.

P.Q.M.

La Corte d'Appello di Torino, Sezione Terza Civile, ogni altra istanza, eccezione e deduzione respinta, così definitivamente pronunciando;

in parziale accoglimento dell'appello principale e di quello incidentale proposti avverso la sentenza n. 732/20 del Tribunale di Alessandria in data 17-30/11/2020;

1) condanna P. D. L. a rimborsare all'AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. la quota del 50% di quanto da quest'ultima eventualmente pagato alla CASA DI CURA V. M. S.p.A. (per capitale, accessori e spese) in forza del paragrafo n. 2 del presente dispositivo;

2) condanna P. D. L. e la CASA DI CURA V. M. S.p.A., in solido tra loro, al pagamento in favore di P. M. A. della minor somma di € 73.734,66 (in luogo di quella liquidata al n. 2 della sentenza appellata), oltre a interessi e rivalutazione come da motivazione;

3) condanna P. D. L. a rimborsare alla CASA DI CURA V. M. S.p.A. la quota del 50% di quanto da quest'ultima eventualmente pagato a P. M. A. (per capitale, accessori e spese) in forza del paragrafo n. 2 del presente dispositivo;

4) condanna l'AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., in solido con P. D. L. per la quota del 50%, a rimborsare alla CASA DI CURA V. M. S.p.A. le spese del primo grado di giudizio come liquidate al n. 10 della sentenza appellata;

5) conferma nel resto l'impugnata sentenza;

6) nulla in punto spese del presente grado d'appello tra P. D. L. e P. M. A.;

7) condanna l'AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., in solido con P. D. L. per la quota del 50%, a rimborsare alla CASA DI CURA V. M. S.p.A. le spese del presente grado d'appello, che liquida in € 9.515,00 per compenso, oltre a rimborso forfettario 15%, I.V.A. e C.P.A. come per legge;

8) dichiara compensate le spese del presente grado d'appello tra l'AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. e P. D. L. nella misura di un mezzo e, per l'effetto, condanna quest'ultima a rimborsare alla controparte il residuo mezzo, che liquida, nella quota, in € 3.890,25, di cui € 3.307,50 per compenso ed € 582,75 per esposti documentati, oltre a rimborso forfettario 15%, I.V.A. e C.P.A. come per legge;

9) condanna P. D. L. a rimborsare all'UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A. e alla ZURICH INSURANCE P.I.c. - Rappresentanza Generale per l'Italia, le spese del presente grado d'appello, che liquida per ciascuna parte in € 9.515,00 per compenso, oltre a rimborso forfettario 15%, I.V.A. e C.P.A. come per legge per ciascuna parte.

Così deciso nella camera di consiglio del 18/01/2022 da remoto su dispositivo telematico "Teams", ai sensi dell'art. 23, co. 9, d.l. n. 137/20 (conv. nella l. n. 176/20), dalla Terza Sezione Civile della Corte d'Appello di Torino.

Il Consigliere est.

Dott. *Fabrizio APRILE*

La Presidente

Dott.sa *Ombretta SALVETTI*