



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE D'APPELLO DI NAPOLI
VIII sezione civile

riunita in camera di consiglio in persona dei magistrati:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| - dr. Alessandro Cocchiara | - Presidente - |
| - dr. Antonio Quaranta | - Consigliere - |
| -dr. Massimiliano Sacchi | - Consigliere Relatore - |

ha pronunciato la seguente:

S E N T E N Z A

nel procedimento di appello iscritto al n. **1126/2022** del ruolo generale degli affari contenziosi, avverso la sentenza n. 1279/2022, del Tribunale di Napoli pubblicata in data 07/02/2022, notificata in pari data, pendente

TRA

Pineta Grande S.p.A. (Partita Iva 07045161218), in persona del legale rapp.te p.t., rappresentata e difesa, in virtù di procura apposta su foglio separato da intendersi in calce all'atto di appello, dagli avvocati Steve Fucci (C.F. FCCSTV71A26B9630) e Giuseppe Stellato (C.F. STLGPP61H15A662C);

APPELLANTE

E



Berkshire Hathaway International Insurance Limited - Rappresentanza Generale per l'Italia, (Codice Fiscale e Partita Iva 07234060965), in persona del procuratore avv. Antonella Mameli, rappresentata e difesa dagli avvocati Massimiliano Scipioni (C.F.: SCPMSM77T12F205Q) e Renato Magaldi (C.F.: MGLRNT62C30F839C), come da procura apposta su foglio separato da intendersi in calce alla comparsa di costituzione;

APPELLATA/APPELLANTE INCIDENTALE CONDIZIONATA

NONCHE'

Ruongo Raffaele (C.F. RNGRFL49A29I306T), **Verde Maria** (C.F. VRDMRA55T18I306G), **Ruongo Salvatore** (C.F. RNGSVT73L12I306N), **Ruongo Nicola** (C.F. RNGNCL75S10I306B) **Ruongo Livio** (C.F. RNGLVI80C22I306W);

APPELLATI CONTUMACI

E

Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (C.F. 80078750587), in persona del Presidente legale rappresentante pro-tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Mauro Elberti, Roberto Maisto, Itala de Benedictis, Ida Verrengia, Nicola Fumo, Davide Catalano e Luca



Cuzzupoli per procura generale alle liti a rogito Notaio Roberto Fantini di Roma in Repertorio al n. 37875 raccolta n° 7313 del 22.03.2024;

INTERVENTORE VOLONTARIO

Oggetto: responsabilità professionale sanitaria; assicurazione della responsabilità civile.

Conclusioni: l'appellante, Pineta Grande, così concludeva: *“in accoglimento dei motivi di appello esposti in atti, confermarsi la esistenza del rapporto assicurativo nel periodo che andava dal 2013 al 2017, ed in particolare, la esistenza ed efficacia della polizza vigente per il sinistro de quo, individuata nella polizza n. 2015RCG00103-645613, ed accogliersi la domanda di garanzia e manleva formulata in primo grado nei confronti di Berkshire Hathaway International Insurance Limited, e condannarla a tenere indenne l'appellante di tutte le somme riconosciute dalla impugnata sentenza a favore dei Sig.ri Sig. Ruongo Raffaele, Verde Maria, Ruongo Salvatore, Ruongo Nicola e Ruongo Livio, e tanto nella misura eccedente a quanto previsto per la franchigia aggregata e per la franchigia per sinistro individuate nelle condizioni di polizza sopra riportate. Riconoscersi sulle somme a corrispondersi e riconosciute agli attori nella impugnata sentenza, gli interessi come per legge. Condannare, altresì l'appellata, al pagamento delle spese e competenze del doppio grado di giudizio, con attribuzione ai sottoscritti procuratori antistatari”;*

l'appellata/appellante incidentale condizionata, Berkshire Hathaway International Insurance Limited, concludeva come segue: *“.. In via preliminare, in relazione all'appello proposto da Pineta Grande*



si insiste previa ogni opportuna declaratoria di inammissibilità ex art. 348 bis c.p.c., affinché la Ecc.ma Corte d'Appello di Napoli voglia dichiarare inammissibile/improcedibile l'appello principale proposto dalla Pineta Grande S.p.A. a fronte della intervenuta cessata materia del contendere, come esposto in atti.

Nel merito, si insiste affinché l'appello principale proposto dalla Pineta Grande S.p.A. sia respinto in quanto inammissibile e/o improcedibile ovvero infondato in fatto ed in diritto e, per l'effetto, sia confermata in parte qua la sentenza n. 1279/2022 depositata in data 7.02.2022 dal Tribunale di Napoli.

In subordine, in via di appello incidentale condizionato, nella denegata ipotesi di accoglimento, in tutto o in parte, dell'appello principale proposto dalla Casa di Cura Pineta Grande S.p.A., in riforma della sentenza n. 1279/2022 depositata in data 7.02.2022 dal Tribunale di Napoli, si chiede l'accoglimento integrale delle conclusioni formulate dalla Berkshire Hathaway International Insurance Limited nel giudizio di primo grado: "in via preliminare e/o pregiudiziale, accertare e dichiarare la nullità dell'atto di citazione degli attori per carenza dei fatti posti a fondamento della domanda e per indeterminatezza dell'oggetto, con conseguente declaratoria della nullità dell'atto di citazione per chiamata di terzo notificata dalla Casa di Cura "Pineta Grande" S.r.l. alla deducente Berkshire Hathaway International Insurance Ltd., ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 163, terzo comma, nn. 3 e 4 e 164 c.p.c. adottando i provvedimenti all'uopo previsti ex lege; in via preliminare/pregiudiziale, accertare e dichiarare



l'improcedibilità del presente giudizio per mancata convocazione della Berkshire Hathaway International Insurance Ltd. al tentativo obbligatorio di mediazione di cui all'art. 5 D.Lgs n. 28/2010, in via ulteriormente preliminare/pregiudiziale, accertare e dichiarare il difetto di legittimazione passiva della Berkshire previsto sia dall'art. 4.4.2 della polizza Berkshire Hathaway sia dall'art. 1910 cod. civ. secondo le quote rispettive di responsabilità su ciascuno gravanti;

- accertare e dichiarare tenuta, la odierna comparente Berkshire Hathaway a prestare la copertura assicurativa nei limiti dei precisi accordi negoziali assunti tra Assicurato e Assicurazione, con particolare riguardo alla limitazione del risarcimento dovuto dalla Berkshire Hathaway al massimale previsto dalla polizza, tenuto conto dell'esistenza di franchigia pari ad Euro 300.000,00 riconosciuta per ogni danneggiato e per ciascuna richiesta risarcitoria per il sinistro di specie, e della responsabilità dei medici unitamente alle loro coperture assicurative personali, oltre comunque all'eventuale quota di franchigia aggregata annuale pari ad Euro 1.000.000,00, ovvero la polizza Berkshire Hathaway dovrà essere ritenuta a Il rischio in relazione alle eventuali altre polizze che la "Parte Contraente" convenuta, ovvero la Casa di Cura abbia stipulato con altre compagnie di assicurazioni;

- accertare e dichiarare, ai fini dell'azione di rivalsa ai sensi dell'art. 4.7 di polizza, la graduazione della colpa, se lieve o grave, del dr. Monaco e di ciascuno dei medici dipendenti coinvolti nei fatti di causa;

- accertare e dichiarare, ai fini dell'azione di regresso tra coobbligati ex art. 2055 cod. civ., le eventuali corresponsabilità della convenuta Casa di



Cura Pineta Grande e dei medici coinvolti, con conseguente condanna risarcitoria graduata della convenuta Casa di Cura Pineta Grande con riferimento alla eventuale diseguale efficienza causale delle condotte accertate e/o eventuale esclusione o riduzione del carico risarcitorio per Berkshire Hathaway.

In via istruttoria, previa revoca dell'ordinanza resa a verbale all'esito dell'udienza del 29 ottobre 2020, si insiste affinché la causa sia rimessa in istruttoria e siano disposti:

- la rinnovazione delle operazioni peritali, con incarico ad altro collegio peritale, così come previsto dall'art. 15 della Legge Bianco-Gelli, che riesamini in toto il presente caso; • ordine di esibizione, ex artt. 210 c.p.c. e ss., nei confronti della parte attrice e dell'INPS/INAIL di tutta la documentazione assistenziale/previdenziale inerente alla posizione del sig. Raffaele Ruongo posto che gli attori nulla hanno riferito a riguardo;*
- ordine di esibizione, ex artt. 210 c.p.c. e ss., nei confronti dei dottori coinvolti delle polizze assicurative da loro stipulate, per il periodo inerente ai fatti oggetto di causa, con particolare riferimento al dr. Mario Monaco;*
- ordine di esibizione ex artt. 210 c.p.c. e ss., nei confronti della convenuta Casa di Cura "Pineta Grande" S.r.l. dei contratti di lavoro sussistenti con i sanitari coinvolti nei fatti oggetto di causa, fatta eccezione per il dr. Mario Monaco (rispetto a cui si dà atto che la Clinica ha prodotto il contratto di lavoratore dipendente), al fine di valutare l'effettivo ruolo svolto da ciascuno di essi all'interno della struttura convenuta.*



In ogni caso, sempre in via di appello incidentale, nella denegata ipotesi di accoglimento, in tutto o in parte, dell'appello principale proposto dalla Casa di Cura Pineta Grande S.p.A., in riforma della sentenza n. 1279/2022 depositata in data 7.02.2022 dal Tribunale di Napoli, laddove si accertasse la stipulazione di accordo transattivo tra Pineta Grande e gli attori di primo grado e laddove per assurdo si ritenesse operante la polizza azionata, si chiede:

- sia accertato e dichiarato l'inadempimento della Pineta Grande s.p.a. in relazione all'art. 3.3 delle polizze sottoscritte con conseguente perdita del diritto all'indennizzo, e per l'effetto, sia rigettata la domanda di manleva proposta da Pineta Grande nei confronti della Berkshire;*
- in via subordinata, nella denegata ipotesi di accoglimento della domanda di manleva, sia limitata la condanna di Berkshire agli importi che la Pineta Grande s.p.a. proverà di aver pagato in favore degli attori in primo grado in forza dell'accordo transattivo raggiunto nelle more, non già in forza della sentenza impugnata.*

In relazione all'atto di intervento volontario di INPS, riportandosi alle proprie note per l'udienza del 18 ottobre 2024:

In via preliminare

- accertare e dichiarare l'inammissibilità dell'atto di intervento interposto dall'INPS nel presente giudizio in quanto non rientrante nella fattispecie prevista dall'art. 344 c.p.c. e, pertanto, qualificabile come domanda nuova in appello, con conseguente declaratoria di inammissibilità e conseguente immediato rigetto;*



- in ogni caso, accertare e dichiarare l'intervenuta prescrizione dell'azione di rivalsa proposta da INPS essendo decorso il relativo termine;

Nel merito,

- rigettare tutte le domande proposte da INPS in quanto inammissibili e comunque infondate nei confronti della deducente.

In ogni caso, con rifusione di spese di lite del doppio grado del giudizio, oltre l'I.V.A. nella misura di legge ed il Contributo Cassa Previdenza Avvocati (pari al 4%) ai sensi della L. 576/80, nonché rimborso spese forfetario spese generali (15%) ai sensi dell'art. 2 D.M. n. 55/2014";

l'interventore volontario, INPS, concludeva come segue: "Voglia l'adita Corte; - dichiarare la surrogazione dell'INPS nei diritti del danneggiato Ruongo Raffaele deceduto in data 01.10.2019 e dei suoi eredi per il sinistro accaduto in data 21.02.2009 ai sensi degli artt. 1916 cc e 41 della legge 183/2010; - per l'effetto condannare la Pineta Grande S.p.A. P. Iva 07045161218, in persona del legale rappresentante pro tempore e la Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia con sede legale in Milano (20122), Corso Italia n.13, iscritta al REA n. 1945358 CCIAA Milano, Codice Fiscale e Partita Iva 07234060965, in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento di: € 63.477,67 a titolo di surroga ex art. 41 legge 183/2010 e DM 19.03.2013 per la pensione di invalidità civile; € 85.665,52 a titolo di surroga ex art. 41 legge 183/2010 e DM 19.03.2013 per l'indennità di accompagnamento, oltre ulteriori come per legge; ovvero in subordine



alla luce della cassazione 17669/2021, al pagamento della somma di € 94.715,25 oltre interessi e rivalutazione come per legge. Il tutto con vittoria si spese legali”.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

§ 1.

Con atto di citazione, notificato in data 07.12.2016, Ruongo Raffaele, il coniuge dello stesso, Verde Maria, nonché i figli del primo, Ruongo Salvatore, Ruongo Nicola e Ruongo Livio, convenivano, innanzi al Tribunale di Napoli, Pineta Grande S.p.A. per sentire accertare e dichiarare il loro diritto al risarcimento dei danni subiti per responsabilità contrattuale e/o extracontrattuale della suddetta convenuta, per aver i sanitari della Pineta Grande S.p.A., (e ciò indipendentemente dalla correttezza o meno e dalla adeguatezza o meno della assistenza sanitaria prestata a Ruongo Raffaele), totalmente omesso di informare Ruongo Raffaele ed i di lui familiari sul rapporto rischi/benefici legati alla esecuzione dell'intervento chirurgico, nonché per sentire dichiarare la responsabilità della convenuta struttura sanitaria per avere i medici della stessa tenuto una condotta connotata da imperizia, negligenza e imprudenza e comunque una condotta colpevole nella fase preparatoria e/o nella esecuzione dell'intervento chirurgico, praticato in data 20.02.2009 sulla persona di Ruongo Raffaele, di *“endoarteriectomia carotidea destra con anestesia totale”*, per l'errata scelta di effettuare un intervento chirurgico radicale in luogo di una più indicata e preferibile terapia conservativa, e/o per l'errata esecuzione materiale dell'intervento



fonte di gravi lesioni per il paziente, nonché per l'errata gestione della fase post-operatoria, per aver tardato nel diagnosticare e trattare le lesioni generate nella esecuzione del suddetto intervento chirurgico.

Instauratosi il contraddittorio, si costituiva la convenuta struttura sanitaria, contestando, per quanto di ragione, la fondatezza della domanda e chiedendo di essere autorizzata alla chiamata in causa della Berkshire Hathaway International Insurance Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, quale compagnia di assicurazioni che garantiva per la responsabilità civile la Pineta Grande S.p.A. all'epoca dei fatti e dalla quale chiedeva di essere manlevata.

Autorizzata dal G.I. l'estensione del contraddittorio, si costituiva l'indicata impresa assicurativa contestando, per quanto rileva ai fini in esame, l'operatività della copertura assicurativa conclusa in regime di claims made.

Istruita la causa mediante l'espletamento, da parte del dott. Antonio Fels, di una CTU medico legale, l'adito Tribunale pronunciava, all'esito, la sentenza in epigrafe indicata con la quale, in accoglimento per quanto di ragione della domanda, affermava la responsabilità della convenuta struttura sanitaria per avere eseguito, in data 20 febbraio 2009, sul paziente Raffaele Ruongo, intervento di endoarteriectomia carotidea destro, dal quale scaturiva una conseguenza avversa, ictus ischemico, nonostante l'esito dell'esame strumentale, consistente nell'angiografia digitalizzata delle carotidi, eseguito prima del trattamento, non avallasse secondo le linee guida, in ragione dell'entità



della stenosi della carotide interna e dell'assenza di sintomi, la scelta interventistica.

Per l'effetto, il Tribunale liquidava: in favore di Ruongo Raffaele, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale da lesione della salute, stimato dal CTU nella misura dell'80%, l'importo complessivo di euro 750.777,50, e, a titolo di danno patrimoniale conseguente alla perdita della capacità lavorativa specifica, la somma di euro 122.445,961; in favore del coniuge Verde Maria, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale da lesione del rapporto parentale, la somma di euro 294.000,00; in favore di ciascuno dei figli, Ruongo Salvatore e Ruongo Nicola, allo stesso titolo, euro 250.000,00 e, del figlio Ruongo Livio, euro 260.000,00.

Il Giudice rigettava, infine, la domanda di manleva, proposta dalla Clinica nei confronti dell'impresa assicurativa, ritenendo che la polizza dalla prima azionata in giudizio, stipulata in regime di claims made, non operasse, essendo la prima richiesta risarcitoria pervenuta all'assicurata in data 28 settembre 2016, e, quindi, successivamente alla scadenza della copertura assicurativa, operante nell'arco temporale 16.11.2013 - 16.11.2014.

§ 2.

Avverso la predetta sentenza, ad essa notificata in data 7.2.2022, ai fini della decorrenza del termine di cui all'art. 325 c.p.c., la cui scadenza sarebbe maturata il 9.3.2022, Pineta Grande S.p.A., proponeva appello, mediante atto tempestivamente notificato in data 8.3.2022,



sollecitandone la riforma limitatamente al capo con il quale era stata rigettata la domanda di manleva.

Costituendosi con comparsa tempestivamente depositata in data 10.6.2022, nel rispetto del termine di 20 giorni prima rispetto alla data della prima udienza indicata dall'appellante per il 30.06.2022, Berkshire Hathaway resisteva all'impugnazione principale, sollecitandone il rigetto, e proponeva, in via condizionata all'accoglimento dell'appello principale, appello incidentale avverso i capi della sentenza che avevano ritenuto fondata la domanda dei danneggiati e quantificato, in misura ritenuta erronea, i danni.

Gli attori originari, che frattanto avevano transatto la causa con la Pineta Grande, rimanevano contumaci.

Con ordinanze istruttorie rese in corso di causa, questa Corte, accogliendo un'istanza già formulata in primo grado dall'impresa assicurativa e non accolta dal primo Giudice, ordinava al terzo, INPS, di fornire informazioni scritte in merito all'ammontare dell'indennità di accompagnamento erogata, in favore di Ruongo Raffaele, e dell'importo capitalizzato di quella da erogarsi in futuro, in relazione alla presumibile aspettativa di vita del danneggiato. Tanto, invero, al fine di tenerne conto in sede di scrutinio del motivo di appello incidentale afferente alla stima del danno patrimoniale riconosciuto dal Giudice in favore di Ruongo Raffaele.

La sede Inps di Caserta con comunicazione a mezzo PEC del 19.06.2024 riscontrava la richiesta di questa Corte, producendo la



documentazione comprovante le due prestazioni assistenziali erogate a Ruongo Raffaele a seguito del sinistro del 21.02.2009 (la pensione di inabilità civile al 100% con decorrenza dal 03/2009 e l'indennità di accompagnamento con decorrenza dal 07/2011).

Con comparsa depositata in data 30.7.2024, l'INPS spiegava intervento volontario al fine di ottenere, ai sensi dell'art. 41 della legge 183/2010, la surroga nei diritti del danneggiato Ruongo Raffaele nei confronti dei responsabili del fatto dannoso e della relativa impresa assicurativa.

Quindi, disposta, ai sensi dell'art. 127 ter c.p.c., la sostituzione dell'udienza per la precisazione delle conclusioni con la concessione alle parti del termine per il deposito di note scritte fino al 23.5.2025, con ordinanza ritualmente comunicata alle parti in data 27.5.2025, sulle conclusioni rassegnate dalle parti e dinanzi trascritte, la causa era assegnata in decisione, previa concessione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c., l'ultimo dei quali è scaduto il 17.9.2025.

Depositati dalle parti le conclusionali e dall'impresa assicurativa anche la memoria di replica, il fascicolo veniva rimesso al Collegio per la decisione.

§ 3.

Con l'unico motivo del suo appello principale, Pineta Grande censurava il capo di sentenza con il quale il Giudice aveva respinto la domanda di manleva da essa proposta.

Sosteneva che la sentenza, con cui era stata rilevata la non operatività della polizza assicurativa da essa istante azionata, era frutto di un non



corretto esame degli atti di causa ad opera del Giudice. Infatti, il Tribunale aveva ommesso di considerare che essa istante, nella memoria depositata il 15/2/2018 ex art. 183 c.p.c. I° termine, nel replicare alle eccezioni formulate dalla Compagnia Assicurativa, aveva dedotto che la copertura assicurativa non si era mai interrotta, essendosi la polizza rinnovata ogni anno dal 16/11/2014 in poi sino al 2017, con le polizze n. 2014RCG00073-640129 (scadenza 15/11/2015) e n. 2015RCG00103-645613 (scadenza 15/11/2016) appendice n. 01 polizza n. 2015RCG00103-645613 (proroga validità polizza) n. 2017RCG00121-645707. Opinava di avere chiesto la condanna ad essere manlevata dalla compagnia senza fare riferimento ad alcuna polizza, ma sul presupposto della esistenza della copertura assicurativa, con la indicazione delle singole polizze succedutesi nel tempo, che confermavano la esistenza del dedotto rapporto assicurativo. Deduceva di avere, sempre con l'indicata memoria, depositato la copia delle polizze e dei documenti comprovanti la denuncia sinistro del 6/10/2016, con l'allegata richiesta risarcitoria stragiudiziale degli attori, e l'ulteriore corrispondenza intercorsa.

Sosteneva, in replica alle eccezioni sollevate in primo grado dalla compagnia, che l'aver essa invocato, con la citata memoria ex art. 183 co. 6 n. 1 c.p.c., la polizza n. 2015RCG00103-645613 (scadenza 15/11/2016), non configurasse mutatio libelli, come tale inammissibile, ma mera emendatio libelli, in quanto l'originario elemento identificativo soggettivo (Pineta Grande e Berkshire) delle persone giuridiche rimaneva immutato e la vicenda sostanziale



(rapporto assicurativo per la responsabilità civile) risultava essere uguale, o quantomeno collegata (perché connessa a vario titolo) a quella dedotta in giudizio con l'atto introduttivo.

A conforto del proprio assunto, ribadiva di avere, con la memoria ex art. 183 co. 6 n. 1 c.p.c., sostenuto che, in riferimento al rapporto contrattuale con la Berkshire, si erano ripetute nel tempo varie polizze e che il sinistro, per stessa ammissione della Berkshire, era coperto dalla polizza n. 2015RCG00103-645613 (scadenza 15/11/2016).

Quindi, ad avviso dell'appellante, il Giudice avrebbe dovuto accogliere la domanda di manleva, non potendosi limitare a valorizzare la circostanza che, con la comparsa di costituzione, era stata azionata la polizza del 2013 e sottacere del tutto, così incorrendo finanche nel vizio di omessa pronuncia, il dato rappresentato dall'emendatio operata con la prima memoria ex art. 183 co. 6 c.p.c..

§ 4.

Deve preliminarmente esaminarsi l'eccezione di inammissibilità dell'appello principale, sollevata da Berkshire Hathaway.

Secondo quest'ultima, siccome, dopo il deposito della sentenza di primo grado, Pineta Grande aveva transatto la lite con i danneggiati, gli effetti della sentenza n. 1279/2022 del Tribunale di Napoli erano venuti meno in ragione del carattere novativo dell'accordo. Di conseguenza, era venuto meno l'obbligo di indennizzo contenuto nella sentenza n. 1279/2022 del Tribunale di Napoli e facente capo a



Berkshire Hathaway, trattandosi di un'obbligazione di garanzia circoscritta a quanto disposto con la sentenza di primo grado.

§ 5.

L'eccezione che precede è infondata.

E' documentato in atti che, in data 7.3.2022, gli attori originari abbiano definito la vertenza con la sola Clinica Pineta Grande, concordando con la predetta struttura sanitaria il pagamento di un importo pari a complessivi 1.5 milioni di euro, a fronte del maggiore credito liquidato nella sentenza di primo grado, ammontante, per la sola sorta capitale, a complessivi euro 1.927.223,46. Tale accordo, cui rimaneva estranea la compagnia assicurativa Berkshire Hathaway, era raggiunto a condizione che Pineta Grande non proponesse appello avverso la sentenza di primo grado, ad eccezione del capo relativo al rigetto della domanda di manleva. Infine, l'accordo transattivo conteneva una clausola che lo rendeva insensibile rispetto all'esito, eventualmente vittorioso per la Berkshire Hathaway, di un'eventuale impugnazione dei capi di sentenza afferenti all'an, stabilendo che esso aveva, limitatamente ai rapporti tra le parti dello stesso (attori e casa di cura), effetto novativo e definitivo.

Ciò premesso, deve escludersi che il raggiungimento dell'accordo in esame precluda alla Clinica di agire in giudizio nei confronti della Berkshire Hathaway per ottenere la condanna della stessa alla manleva in base alla polizza assicurativa intercorsa tra le parti.



Infatti, gli effetti novativi della transazione hanno riguardato i soli rapporti tra le parti della stessa (danneggiati e clinica) e, comunque, nella specie, alcuna conseguenza potrebbe mai configurarsi relativamente alle obbligazioni gravanti su Berkshire Hathaway per l'assorbente ragione che la sentenza di primo grado respingeva la domanda di manleva.

Inconferente si rivela, quindi, la deduzione dell'appellata a mente della quale *"il raggiungimento della suddetta transazione ha fatto venire meno anche l'obbligo di indennizzo contenuto nella sentenza n. 1279/2022 del Tribunale di Napoli e facente capo a Berkshire Hathaway"*, trattandosi, per quanto detto, di un'obbligazione che la sentenza non contemplava affatto.

§ 6.

Nel merito, l'appello principale è infondato, pur imponendo di modificare la motivazione dell'impugnata sentenza. Nondimeno, per quanto appresso si dirà in relazione all'appello incidentale condizionato, la domanda di manleva non merita accoglimento.

Soffermandosi, per il momento sull'appello principale, il primo Giudice si limitava ad affermare che la polizza n. 2013RCG00048-639631, avente un periodo di validità ricompreso tra il 16.11.2013 ed il 16.11.2014, azionata dalla Clinica, non poteva operare, poiché rispetto ad essa, conclusa in regime di claims made, la prima richiesta risarcitoria da parte degli attori nei confronti della struttura sanitaria



era intervenuta solo in data 28 settembre 2016 e, quindi, dopo la relativa scadenza.

Peraltro, il Giudice, pur avendo rilevato che la Clinica avrebbe dovuto azionare la polizza successiva, ovvero la n. 2015RCG00103-645613, stipulata per il periodo di validità ricompreso tra il 16.11.2015 ed il 16.11.2016, ometteva del tutto di prendere posizione sulle ulteriori difese che la struttura sanitaria aveva svolto con la memoria depositata ai sensi dell'art. 183 co. 6 n. 1 c.p.c..

Sul punto si deve, in diritto, rammentare che, come affermato dalle Sezioni Unite della S.C. nella sentenza 15 giugno 2015, n. 12310, il mutamento del fatto costitutivo del diritto dedotto in giudizio costituisce modifica della domanda ammessa se la nuova domanda non si aggiunga a quella iniziale ma la sostituisca e si ponga in rapporto di alternatività rispetto ad essa in quanto tendente a realizzare la medesima vicenda sostanziale, purché la modifica avvenga nel rispetto del regime delle preclusioni processuali (art. 183 cod. proc. civ.).

In prosieguo di tempo si è dalla Cassazione ulteriormente specificato che *“Anche con riferimento .. ai diritti di credito, in relazione ai quali il fatto costitutivo rappresenta il criterio di identificazione del contenuto, è ammessa alla stregua delle conclusioni delle Sezioni Unite la modifica della domanda mediante mutamento del fatto costitutivo. La condizione è che il mutamento miri alla tutela di un credito relativo al medesimo bene della vita, che venga individuato mediante un diverso fatto costitutivo. Il diritto resta unico perché le fattispecie si escludono reciprocamente, non potendo applicarsi entrambe le norme*



(corrispondenti alle relative fattispecie legali) al medesimo episodio di vita. Il concorso è di fattispecie legali, non di diritti, ed il creditore può dedurre, in relazione al medesimo diritto, un fatto costitutivo alternativo, a condizione che rispetti il sistema di preclusioni processuali". Si è, quindi, affermato il principio secondo cui "ove l'attore allegghi nel corso del giudizio un diverso fatto costitutivo rispetto a quello originariamente dedotto, che comporti la sostituzione della domanda originaria con una nuova domanda ad essa alternativa ed avente ad oggetto il medesimo bene della vita, compete al giudice nell'esercizio del potere di qualificazione del fatto allegato collegarvi il corrispondente effetto giuridico in applicazione dell'art. 113, comma 1, cod. proc. civ., purché il diverso fatto costitutivo venga allegato nel rispetto del regime delle preclusioni processuali di cui all'art. 183 cod. proc. civ." (cfr. Cass. civ. Sez. 3, Sentenza n. 18956 del 2017).

Nella specie, con la comparsa di costituzione depositata in primo grado, la Pineta Grande aveva sollecitato l'accoglimento della domanda di manleva, nei confronti della Berkshire Hathaway, sulla base della polizza n.2013RCG00048-639631. Con la memoria ex art. 183 co. 6 n. 1 c.p.c., replicando alle difese dell'impresa assicurativa, - la quale, costituendosi, aveva sostenuto che, per poter attivare la copertura, la clinica avrebbe dovuto azionare la polizza successiva, ovvero la n. 2015RCG00103-645613, di cui produceva una copia, stipulata tra la Berkshire e la Pineta Grande per il periodo di validità ricompreso tra il 16.11.2015 ed il 16.11.2016 - Pineta Grande sosteneva che la copertura non era mai stata interrotta, essendosi protratta, in ragione



del rinnovo annuale delle polizze, sino al 2017. Al riguardo deduceva che tutte le polizze, sia la prima del 2013 che quelle successive, da essa specificamente richiamate, prevedevano la retroattività decennale e contemplavano la continuità contrattuale, a prescindere dai singoli rinnovi di polizza.

Ciò premesso deve ritenersi che, con la predetta memoria ex art. 183 c.p.c., la Clinica abbia operato una tempestiva emendatio libelli, avendo specificamente richiamato, a fondamento della domanda, la polizza n. 2015RCG00103-645613 (con scadenza 15/11/2016), che, secondo le difese della compagnia assicurativa, era applicabile al sinistro oggetto di causa.

Del resto, come sostenuto dall'assicurata con la medesima memoria, la predetta polizza, al pari delle altre, effettivamente conteneva una pattuizione, racchiusa all'art. 2 delle condizioni generali, che collocava la decorrenza dell'assicurazione, indipendentemente dal numero delle polizze sottoscritte, alla data della prima polizza conclusa tra le parti (nella specie risalente al 16.11.2013), precisando che, da tale data, era garantita la continuità dell'assicurazione, senza periodi di interruzione di copertura.

Deve, quindi, ritenersi che, con la memoria di cui sopra, la Clinica abbia allegato il titolo contrattuale idoneo a sorreggere la domanda di manleva, titolo che, del resto, già l'impresa assicurativa aveva indicato e finanche depositato in atti.



Il riferimento a siffatta polizza, operato nel contesto della prima memoria ex art. 183 co. 6 n. 1 c.p.c. in replica all'eccezione di difetto di copertura assicurativa sollevata dalla Berkshire Hathaway, induce a ritenere che la Clinica abbia, per l'appunto, richiamato, quale fatto costitutivo del diritto, la polizza applicabile *ratione temporis* al caso di specie, operando, in tal modo, una consentita emendatio libelli. Infatti, per effetto di tale allegazione è cambiata la causa petendi (non più la polizza inizialmente invocata, ma quella n. 2015RCG00103-645613, richiamata anche dall'impresa assicurativa), ma la vicenda sostanziale è rimasta immutata (inerendo la domanda di manleva pur sempre alle conseguenze dannose dell'intervento chirurgico cui Ruongo Raffaele era stato sottoposto presso la Pineta Grande il 20 febbraio 2009).

Irrilevante è, poi, che, nel contesto della medesima memoria ex art. 183 co. 6 n.1 c.p.c., la Clinica abbia richiamato, oltre alla polizza n. 2015RCG00103-645613, anche le altre stipulate successivamente ad essa, spettando al Giudice di valutare, sulla base dei fatti allegati dalla parte, quale possa eventualmente giustificare l'accoglimento della pretesa.

In conclusione, accertata la emendatio libelli tempestivamente operata dalla Clinica, deve essere riconosciuto, in linea puramente astratta, il diritto dell'assicurata ad essere garantita, essendo finanche incontestato dalla compagnia assicurativa e, comunque, provato per *tabulas*, che la polizza n. 2015RCG00103-645613, stipulata in regime di *claims made*, con validità annuale tra il 16.11.2015 ed il 16.11.2016, risultava operante al momento (28 settembre 2016) in cui perveniva



all'assicurata la prima richiesta risarcitoria da parte degli attori. Inoltre, la polizza de qua conteneva, al pari delle altre, la clausola di retroattività decennale, coprendo gli eventi dannosi verificatisi a decorrere dal 16.11.2003 (cfr. art. 4.2.2. delle condizioni generali della polizza in esame).

§ 7.

Può, a questo punto, procedersi all'esame dell'appello incidentale condizionato, proposto dall'impresa assicurativa.

Con il primo motivo, Berkshire impugnava il capo di sentenza, concernente l'accertamento dell'an debeatur, lamentando che, ad onta dei plurimi rilievi svolti dal proprio consulente tecnico di parte tesi a porre in risalto le criticità dai cui era affetta la CTU, il Tribunale aveva prestato acritica adesione alle risultanze dell'elaborato peritale a firma del dott. Antonio Fels.

In particolare, opinava che "1) Nel 2008, un anno prima dell'intervento, al sig. Ruongo era stata diagnosticata una stenosi critica e, a seguito della visita cardiologica del 31.07.2008, lo specialista aveva già consigliato l'intervento di TEA, poi eseguito presso la Clinica Pineta Grande; 2) La stenosi carotidea accertata nel 2008 era confermata dalle indagini effettuate presso la Clinica Pineta Grande (in particolare il referto di esame ecodoppler dei TSA del 18.2.2009); 3) Il sig. Ruongo, all'epoca dei fatti, era relativamente giovane giacché aveva appena compiuto 60 anni; 4) In base al quadro clinico del paziente all'epoca, risulta altamente probabile che, dal 2008 al 2009, il paziente abbia



praticato terapie conservative senza successo. 5) L'incidenza di ischemia cerebrale periprocedurale da TEA carotide è del 3- 6%, come era chiaramente indicato nel consenso informato firmato dal paziente tre giorni prima dell'intervento; 6) Nel caso specifico della Clinica Pineta Grande, essendo la stessa un Centro di eccellenza per la chirurgia carotidea, l'incidenza di tali eventi scende a circa 1%..". Concludeva affermando che "l'intervento chirurgico praticato dai medici di Pineta Grande risultava indicato rispetto al quadro clinico del paziente, al contrario di quanto erroneamente ritenuto dal CTU".

§ 8.

Il motivo è infondato, essendo formulato mediante il richiamo di considerazioni che, da un punto di vista medico legale, si rivelano sfinite di supporto probatorio, avendo il CTU, con valutazione adeguatamente motivata, chiaramente affermato che “ *nel caso in oggetto è stata eseguita dapprima un esame radiologico di secondo livello, l'angiografia digitalizzata delle carotidi temporalmente associata alla coronarografia mediante cateterismo femorale destro, che ha mostrato una “stenosi del 50%” della carotide interna destra “poco dopo l'origine”, e successivamente un esame di primo livello (o di screening), l'ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, che ha evidenziato una stenosi della carotide interna destra del 70%. L'esame di secondo livello, cioè quello più affidabile, aveva mostrato una stenosi della carotide interna destra del 50% e, poiché il paziente era neurologicamente asintomatico, non vi era indicazione all'intervento chirurgico”* (cfr. nota di



chiarimento depositata dal CTU il 7.9.2020 e CTU originaria, depositata in data 11.12.2019).

Le deduzioni dell'appellante, finalizzate a qualificare l'evento ischemico conseguente al trattamento chirurgico come inevitabile, non dimostrano affatto che l'esecuzione del trattamento fosse indicata in relazione alla situazione del paziente. Se, quindi, l'errore dei sanitari è insito nella scelta di sottoporre il Ruongo all'intervento chirurgico, la conseguenza avversa verificatasi costituisce un evento dannoso ascrivibile innegabilmente, sul piano causale, a responsabilità della struttura sanitaria.

Discende da quanto osservato che la richiesta di rinnovo della CTU, formulata dall'appellante, debba essere disattesa.

§ 9.

Con il secondo motivo, l'appellante incidentale censurava la sentenza per avere quantificato il danno biologico in misura pari ad un grado di invalidità permanente dell'80%, ancora una volta disattendendo o, comunque, omettendo finanche di esaminare i rilievi critici svolti dal proprio consulente tecnico di parte.

Richiamando pedissequamente tali rilievi, l'istante deduceva che la valutazione del dott. Fels era eccessiva in quanto *"a) la regione anatomica colpita è il lato non dominante (emiplegia sinistra); b) il paziente presentava un quadro patologico invalidante significativo preesistente che avrebbe dovuto invece indurre il CTU a valutare il danno in via iatrogena-differenziale, nella misura del 65-70%"*. Opinava,



altresì, che il CTU, sebbene chiamato dal G.I. a rendere chiarimenti sulla questione relativa ai criteri di determinazione del danno iatrogeno in chiave differenziale, aveva confermato le precedenti conclusioni, disattendendo le indicazioni del Giudice. Sosteneva che, comunque, valutazione pari all'80% prospettata dal CTU era eccessiva ed immotivata.

§ 10.

Anche il secondo motivo è infondato, risolvendosi nel richiamo del contenuto di contestazioni medico legali alle conclusioni del CTU, svolte dal CT dell'odierna appellante nelle note trasmesse all'Ausiliare ai sensi dell'art. 195 c.p.c., sulle quali il dott. Fels aveva esaustivamente risposto sia nell'elaborato iniziale, che nella nota di chiarimenti integrativa.

In tale ultimo scritto, vertente proprio sulla questione della valutazione del danno alla luce dei principi e criteri sanciti dalla Suprema Corte di Cassazione con la sentenza n. 28986 del 2019, il CTU aveva avuto cura di evidenziare che *"Il sig. Raffaele Ruongo prima dell'intervento chirurgico del 20 febbraio 2009 era sotto il profilo neurologico asintomatico, cioè non presentava alcun deficit o disturbo indotto dalla vasculopatia cerebrale, che era di rilievo solo strumentale, per cui non sussistendo alcun deficit preesistente dovuto alla vasculopatia cerebrale non è calcolabile un danno differenziale (cioè la differenza tra il danno neurologico preesistente all'intervento e quello insorto in seguito alla terapia chirurgica) .. In merito alle altre patologie da cui è affetto il Ruongo, cioè la cardiopatia ischemico-ipertensiva e la*



bronicopneumopatia cronica ostruttiva, esse non erano all'epoca causa di deficit neurologici .. Quanto alla valutazione percentuale del danno, essa è stata effettuata dallo scrivente sulla base delle risultanze dell'esame clinico obiettivo, che ha posto in evidenza una gravissima emiparesi facio-brachio-crurale sinistra con impossibilità al mantenimento della stazione eretta ed alla deambulazione".

Al cospetto di tali argomentati rilievi, non giova lamentare l'inosservanza dei principi dettati dalla S.C., in quanto, secondo la pronuncia n. 28986 del 2019, le patologie preesistenti incidono sulla quantificazione del danno, imponendo il ricorso al criterio differenziale, solo quanto già di per sé impedivano al danneggiato di condurre una vita normale, dato, quest'ultimo, che, nella specie, non risulta documentato in atti, né confermato dal CTU.

Riguardo, poi, alla stima complessiva del danno biologico, come operata dal dott. Fels, l'appellante ne contestava il carattere eccessivo, ma, nello specifico, ometteva di evidenziare elementi di ordine medico legale dai quali poter evincere eventuali ragioni di inattendibilità della stima operata dal CTU.

Peraltro, la detta valutazione del danno, contenuta nella CTU, risultava congruamente motivata, avendo il dott. Fels rilevato, in proposito, che *"all'attuale esame clinico obiettivo si osserva un quadro di grave emiparesi spastica facio-brachio-crurale sinistra, che è sostanzialmente equivalente ad una situazione di emiplegia. Da sottolineare anche che, dato il tempo intercorso dall'evento, non è ipotizzabile alcun miglioramento della situazione clinica. Per l'esito sopra descritto, non*



sussistendo la possibilità di deambulare anche con appoggio, può essere considerato adeguato il riconoscimento di una menomazione dell'integrità psicofisica (danno biologico) pari all'incirca all'80% (cfr. L. Palmieri, G. Umani Ronchi, G. Bolino, P. Fedeli, La valutazione medico-legale del danno biologico in responsabilità civile, Giuffrè Editore, Milano, 2006, G. Cimaglia e P. Rossi, Danno biologico. Le tabelle di Legge, Giuffrè Editore, Milano, 2006, E. Ronchi, L. Mastroroberto, U. Genovese, Guida alla valutazione medicolegale dell'invalidità permanente, Giuffrè Editore, Milano, 2009, e, soprattutto, SIMLA, Linee guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico, Giuffrè Editore, Milano, 2016)..”.

§ 11.

Con il terzo motivo di appello incidentale, la Berkshire impugnava la sentenza nella parte in cui il Giudice aveva riconosciuto all'attore l'incremento del 10%, a titolo di personalizzazione del danno biologico, nonostante fosse risultata del tutto carente la prova delle specifiche, anomale ed eccezioni circostanze di fatto, al di fuori di quelle ordinarie già considerate dal cd. punto base del danno biologico, che avrebbero giustificato siffatto aumento.

Nella specie, il Giudice, anziché dare atto di quali circostanze ricorrevano per incrementare il risarcimento rispetto all'importo tabellare di base, adottava una motivazione generica e stereotipata.

Inoltre, il Giudice non considerava che l'importo di euro 682.525,00, liquidato all'attore in rapporto al grado di invalidità permanente



riconosciuto dal CTU, era finalizzato, secondo la Tabella di Milano in concreto applicata, a ristorare il lesso sia del danno biologico (inteso come danno alla integrità fisica), del danno morale. Di conseguenza, l'accordata personalizzazione dava luogo all'ingiustificata duplicazione del risarcimento relativo alle sofferenze morali.

§ 12.

Il motivo è fondato.

Il primo Giudice, nel liquidare il danno biologico permanente, faceva applicazione delle tabelle di Milano, edizione 2021, che, in relazione a ciascuna percentuale di invalidità, prevedeva due importi, diretti a ristorare, rispettivamente, il "danno biologico/dinamico-relazionale" e il "danno da sofferenza soggettiva interiore" media presumibile (ordinariamente conseguente alla lesione dell'integrità psicofisica accertata).

Ne segue che l'importo di complessivi euro 682.525,00, riconosciuto dal primo Giudice, per un grado di invalidità permanente dell'80% per un soggetto di 60 anni, era volto a risarcire entrambe le suddette componenti del danno non patrimoniale.

Alla stregua di quanto precede, l'affermazione del primo Giudice, che, per giustificare la personalizzazione, faceva riferimento alla *"presumibile sussistenza delle sofferenze e conseguenze derivanti dalle lesioni patite"* si rivela del tutto inidonea allo scopo, in quanto la sofferenza interiore ordinariamente connessa al tipo di lesione prodottasi risultava essere già stata compensata dalla somma



accordata in relazione all'invalidità permanente dell'80% in base alla tabella milanese. Inoltre, l'espressione utilizzata dal Giudice non faceva emergere in alcun modo l'esistenza di quelle conseguenze anomali ed eccezionali solo in presenza delle quali si giustifica la personalizzazione. Tanto, invero, tenuto conto di quel consolidato orientamento secondo cui *"in tema di danno non patrimoniale da lesione della salute, la misura "standard" del risarcimento prevista dalla legge o dal criterio equitativo uniforme adottato negli uffici giudiziari di merito (nella specie, le tabelle milanesi) può essere incrementata dal giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, solo in presenza di conseguenze anomale o del tutto peculiari (tempestivamente allegare e provare dal danneggiato), mentre le conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età non giustificano alcuna "personalizzazione" in aumento"* (cfr. ex multis, Cass. civ. Sez. 3 - , Ordinanza n. 5984 del 06/03/2025).

Ne segue che, espunto dal risarcimento l'incremento del 10%, riconosciuto dal Tribunale a titolo di personalizzazione, il risarcimento del danno biologico e morale sofferto da Ruongo Raffaele vada determinato in euro 682.525,00.

Rivalutando tale importo, determinato in applicazione della tabella di Milano 2021, con applicazione degli indici Istat per il periodo dall'1.1.2021 al 7.3.2022, cui risale il raggiungimento dell'accordo transattivo intercorso tra danneggiati e struttura sanitaria – momento a partire dal quale, ovviamente, con l'avvenuta estinzione del credito risarcitorio, più alcuna rivalutazione può ritenersi dovuta – il danno



non patrimoniale dovuto a Ruongo Raffaele ascende ad euro 728.936,70 (indice alla decorrenza: 102,9; indice alla scadenza: 109,9; raccordo indici: 1; coefficiente di rivalutazione: 1,068; totale rivalutazione: € 46.411,70).

§ 13.

Con il quarto motivo, l'appellante incidentale impugnava il capo di sentenza concernente il riconoscimento, in favore di Ruongo Raffaele, dell'importo di euro 122.445,961, a titolo di risarcimento del danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa specifica.

In proposito opinava che tale riconoscimento era stato operato in via di mera presunzione, valorizzando unicamente la percentuale di invalidità permanente conseguente all'evento, senza considerare come alcuna prova fosse stata offerta dagli attori circa l'effettivo svolgimento, ad opera del Ruongo, in epoca antecedente al sinistro, di qualsivoglia attività produttiva di reddito. Difettando la prova della riduzione della capacità reddituale derivante dai postumi patiti dal Ruongo, il Giudice non avrebbe potuto, facendo ricorso al criterio del triplo della pensione sociale, riconoscere il risarcimento.

§ 14.

Il motivo è fondato.

Secondo una consolidata giurisprudenza di legittimità, *“il danno da perdita o riduzione della capacità lavorativa di un soggetto adulto che, al momento dell'infortunio, non svolgeva alcun lavoro remunerato, va liquidato stabilendo (con equo apprezzamento delle circostanze del caso,*



ex art. 2056 c. c.): (a) in primo luogo, se possa ritenersi che la vittima, se fosse rimasta sana, avrebbe cercato e trovato un lavoro confacente al proprio profilo professionale; (b) in secondo luogo, se i postumi residuati all'infortunio consentano o meno lo svolgimento di un lavoro confacente al profilo professionale della vittima" (cfr. Cass. civ. Sez. 3, Ordinanza n. 9682 del 2020; conf. Sez. 3, Ordinanza n. 4289 del 2024: "in applicazione del principio dell'integralità del risarcimento sancito dall'art. 1223 cod. civ., la necessità che il danno da perdita della capacità lavorativa specifica sia liquidato ponendo a base del calcolo il reddito che la vittima avrebbe potuto conseguire proseguendo nell'attività lavorativa andata perduta a causa dell'illecito o dell'inadempimento (salva l'esigenza di tener conto anche della persistente – benché ridotta – capacità del danneggiato di procurarsi e mantenere un'altra attività lavorativa retribuita), sussiste non solo nell'ipotesi di cessazione di un rapporto lavorativo in atto al tempo dell'evento dannoso, ma anche nell'ipotesi in cui la vittima versi in stato di disoccupazione, ove si tratti di disoccupazione involontaria e incolpevole, nonché temporanea e contingente, sussistendo la ragionevole certezza o la positiva dimostrazione che il danneggiato, qualora fosse rimasto sano, avrebbe stipulato un nuovo rapporto di lavoro avente ad oggetto la medesima attività lavorativa o comunque una attività confacente al proprio profilo professionale").

Nella specie, sebbene gli attori avessero dedotto che, prima dell'evento dannoso rappresentato dall'esito infausto dell'intervento chirurgico, Ruongo Raffaele era dedito al lavoro come operaio, con le mansioni di



carpentiere specializzato, pur non avendo mai ottenuto, salvo che per brevi periodi, la regolarizzazione del proprio rapporto di lavoro e nonostante avessero articolato, al detto fine, anche una prova per testi, disattesa dal G.I., tali allegazioni non ricevevano il conforto di alcuna risultanza probatoria. Infatti, esclusa dal G.I., con ordinanza del 3.12.2018, l'ammissibilità di tale prova, gli istanti non conseguivano la revoca di tale provvedimento.

Da quanto osservato discende che sia rimasta su di un piano meramente assertivo la circostanza relativa allo svolgimento, da parte del Ruongo, in epoca antecedente al sinistro, di un'attività di lavoro non regolarizzata, ma sufficientemente stabile, come operaio.

Difettando la dimostrazione di tale assunto, non è, allora, sostenibile che l'attore, qualora fosse rimasto sano, avrebbe continuato a svolgere le mansioni lavorative cui era in precedenza dedito.

Ne discende che il riconoscimento al lesa dell'importo di euro 122.445,961, cui, secondo l'impugnato capo di sentenza, "*si giunge utilizzando il criterio del triplo della pensione sociale , moltiplicato per gli anni lavorativi (67-60)*", sia basato su di una mera presunzione, vale a dire sull'assunto che, a causa delle lesioni sofferte, il Ruongo abbia conseguito in futuro un reddito inferiore a quello in precedenza riscosso, laddove, nella specie, difettava, anzitutto, la prova che, prima dell'evento, il soggetto fosse effettivamente dedito al lavoro.



Ne segue che tale capo di pronuncia, in accoglimento del quarto motivo di appello incidentale, debba essere riformato, dovendosi in parte qua rigettare la pretesa risarcitoria azionata dagli attori.

Resta, poi, assorbito, alla stregua delle considerazioni che precedono, l'esame dell'ulteriore censura, mediante cui l'istante lamentava che il Giudice aveva ommesso di decurtare dal danno patrimoniale, quanto il Ruongo aveva riscosso dall'INPS a titolo di indennità di accompagnamento.

§ 15.

Con il quinto motivo di appello incidentale, l'impresa assicurativa censurava la parte della sentenza con la quale era stato riconosciuto al coniuge ed ai figli di Ruongo Raffaele il danno da perdita/lesione del rapporto parentale.

Sul punto, opinava che la sentenza era generica e contraddittoria, avendo ommesso di chiarire se, nella specie, gli attori avessero fornito la prova del radicale cambiamento verificatosi nello stile di vita dei familiari superstiti, della sussistenza di un legame contrassegnato da affectio e vicinitas, dell'eventuale convivenza con la vittima. Del resto, secondo l'appellante, nel giudizio di primo grado, gli attori avevano “ .. *formulato una richiesta risarcitoria assolutamente generica, non provando assolutamente l'ampiezza e la profondità del legame familiare, né l'effettiva alterazione del rapporto parentale*”, anche alla luce della mancata ammissione, da parte del primo Giudice, della richiesta di prova per testi dai medesimi a tal fine articolata.



Sosteneva, quindi, l'appellante che, non potendo il danno in esame presumersi, né essendo lo stesso in re ipsa per la sola grave lesione della cd. vittima primaria, gli attori avrebbero dovuto fornire la prova, nella specie risultata carente, dell'effettività e della consistenza della relazione parentale e delle ripercussioni che la compromissione del rapporto parentale avevano avuto sulla vita di ciascuno.

Di conseguenza il Giudice, che pure in premessa aveva ribadito la necessità di fornire la prova dei suddetti presupposti, aveva finito con il disattendere tali affermazioni, omettendo del tutto di verificare se gli attori avessero assolto al loro onere.

Inoltre, il Giudice, senza chiaramente evidenziare che, nella specie, si versava in ipotesi di lesione e non di perdita del rapporto parentale, aveva liquidato importi consistenti, senza nemmeno chiarire il percorso argomentativo a tal fine impiegato e senza valorizzare le pregresse patologie di cui il Ruongo era portatore, che avrebbero inciso negativamente sul rapporto familiare dello stesso con i propri congiunti, indipendentemente dalla condotta dei medici di Pineta Grande.

§ 16.

Il motivo è fondato per quanto di ragione.

Giova premettere che, secondo una consolidata giurisprudenza di legittimità, “.. *a fronte della morte o di una gravissima menomazione dell'integrità psicofisica di un soggetto causata da un fatto illecito di un terzo, il nostro ordinamento riconosce ai parenti del danneggiato un*



danno iure proprio, di carattere patrimoniale e non patrimoniale, per la sofferenza patita in conseguenza all'irreversibile venir meno del godimento del rapporto parentale con il congiunto. Tale voce risarcitoria intende ristorare il familiare dal pregiudizio subito sotto il duplice profilo morale, consistente nella sofferenza psichica che questi è costretto a sopportare a causa dell'impossibilità di proseguire il proprio rapporto di comunanza familiare, e dinamico-relazionale, quale sconvolgimento di vita destinato ad accompagnare l'intera esistenza del soggetto che l'ha subita (cass. civ. sez. III n. 28989 dell'1 novembre 2019). Quanto alla prova del danno, non v'è dubbio che, in linea generale, spetti alla vittima dell'illecito altrui dimostrare i fatti costitutivi della propria pretesa e, dunque, l'esistenza del pregiudizio subito: onere di allegazione che in alcuni casi potrà essere soddisfatto anche ricorrendo a presunzioni semplici e massime di comune esperienza. Ebbene, nel caso di morte di un prossimo congiunto (coniuge, genitore, figlio, fratello), è orientamento unanime di questa Corte che l'esistenza stessa del rapporto di parentela faccia presumere, secondo l'id quod plerunque accidit, la sofferenza del familiare superstite, giacché tale conseguenza è per comune esperienza e, di norma, connaturale all'essere umano (Cass. civ. sez. III n. 11212 del 24 aprile 2019; C'ass. civ. sez. III n. 31950 dell'1 dicembre 2018; Cass. civ. sez. III n. 12146 del 14 giugno 2016). Naturalmente, trattandosi di una praesumptio hominis sarà sempre possibile per il convenuto dedurre e provare l'esistenza di circostanze concrete dimostrative dell'assenza di un legame affettivo tra vittima e superstite (Cass. civ. sez. VI — 3 n. 3767 del 15 febbraio 2018) ..” (cfr. Cass. civ. Sez. 3, Sentenza n. 25541 del 2022; conf. Sez. 3 - ,



Ordinanza n. 5769 del 04/03/2024: *“in tema di risarcimento del danno da perdita del rapporto parentale, la presunzione iuris tantum di esistenza del pregiudizio - configurabile per i membri della famiglia nucleare "successiva" (coniuge e figli) - si estende ai membri della famiglia "originaria" (genitori e fratelli), senza che assuma ex se rilievo il fatto che la vittima ed il superstite non convivessero o che fossero distanti; tale presunzione impone al terzo danneggiante l'onere di dimostrare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio, con conseguente insussistenza in concreto dell'aspetto interiore del danno risarcibile (c.d. sofferenza morale) derivante dalla perdita, ma non riguarda, invece, l'aspetto esteriore (c.d. danno dinamico-relazionale), sulla cui liquidazione incide la dimostrazione, da parte del danneggiato, dell'effettività, della consistenza e dell'intensità della relazione affettiva (desunta dalla coabitazione o da altre allegazioni fornite di prova)”; Sez. 3 - , Ordinanza n. 23300 del 28/08/2024: “ La lesione del rapporto parentale può produrre dei danni apprezzabili in termini dinamico relazionali o, sul piano morale soggettivo, come sofferenza, non richiedendosi necessariamente la concorrente sussistenza di una lesione dell'integrità psicofisica del congiunto; tali danni possono essere dimostrati con ricorso alla prova presuntiva, in riferimento a quanto ragionevolmente riferibile alla realtà dei rapporti di convivenza ed alla gravità delle ricadute della condotta illecita”).*

Tanto premesso, la censura non merita accoglimento nella parte in cui con essa si è inteso negare l'an debeatur.



Infatti, nella specie, viene in rilievo una pretesa risarcitoria azionata iure proprio dai membri della famiglia di origine del macroleso (coniuge e figli), i quali avevano dedotto che, a causa della grave compromissione dell'integrità psicofisica del congiunto, avevano sofferto uno stato di profonda sofferenza morale ed uno sconvolgimento delle pregresse abitudini di vita (cfr. a tal fine i capitoli di prova per testi, articolati in primo grado dagli attori nella memoria depositata ai sensi dell'art. 183 co. 6 n. 2 c.p.c., i quali, sebbene non siano stati ammessi, possono valorizzarsi, quantomeno, sul piano delle allegazioni in fatto ivi contenute).

Al cospetto delle predette operate allegazioni e dello stretto vincolo parentale che legava gli istanti al congiunto macroleso, spettava, quindi, all'odierna appellante incidentale offrire elementi in grado di vincere la presunzione semplice di effettivo prodursi dei citati pregiudizi, conseguente alla gravità della compromissione della salute della vittima primaria.

§ 17.

Riguardo al quantum, invece, il motivo di appello risulta fondato.

Invero, il Tribunale ha liquidato il danno sofferto dai congiunti del macroleso applicando la tabella di Milano relativa al danno da perdita parentale ed ha riconosciuto, in relazione al coniuge ed ai figli, gli importi dei quali si è dinanzi dato conto, pari, nella sostanza, al valore medio della forbice prevista per ciascuna categoria (coniuge e figlio superstite) dalla suddetta tabella, salvo che per la moglie, rispetto alla



quale la somma liquidata, pari ad euro 294.000,00, supera di circa 45 mila euro il valore medio.

Nondimeno, come pure obiettato dall'appellante, la sentenza risulta apodittica, avendo, in astratto, valorizzato, al fine di riconoscere gli importi in questione, i parametri dell'età, del rapporto di convivenza, dello stretto vincolo di parentela, dell'esistenza di altri congiunti, senza, tuttavia, dare conto del modo in cui, rispetto a ciascun attore, tali criteri in concreto si atteggiavano.

In particolare, riguardo alla convivenza, se la stessa poteva ritenersi presunta in relazione al coniuge superstite, non altrettanto può dirsi in relazione ai figli, i quali, al momento della morte del padre, avevano un'età compresa tra i 36 anni di Ruongo Salvatore, i 34 di Ruongo Nicola, i 29 di Ruongo Livio e, quindi, avevano presumibilmente lasciato l'abitazione familiare.

Inoltre, nel riconoscere somme significativamente superiori rispetto al limite più basso della forbice prevista dalla tabella meneghina, il Giudice ometteva di indicare le ragioni del proprio decisum, finendo con l'operare una quantificazione del danno sganciata da ogni riferimento alla fattispecie concreta.

Ne segue che la liquidazione in questione risulti essere stata operata senza valorizzare in maniera adeguata la specifica situazione di fatto, quale desumibile dalle risultanze istruttorie.

Si impone, quindi, nel procedere al rinnovato calcolo del danno, fare applicazione del principio secondo cui *"In tema di risarcimento del*



danno non patrimoniale spettante ai congiunti del soggetto macroleso, il giudice deve fare riferimento a tabelle che prevedano specificamente idonee modalità di quantificazione del danno, come le tabelle predisposte dal Tribunale di Roma, le quali, fin dal 2019, contengono un quadro dedicato alla liquidazione dei danni c.d. riflessi subiti dai congiunti della vittima primaria in caso di lesioni” (cfr. Cass. civ. Sez. 3 - , Ordinanza n. 13540 del 17/05/2023).

Ciò premesso, facendo applicazione della più aggiornata versione, ad oggi disponibile, della tabella del Tribunale di Roma concernente il danno cd. riflesso ai parenti di un macroleso, che si identifica in quella elaborata nel 2023, muovendo dalla posizione di Verde Maria, coniuge superstite di anni 54 al momento del fatto, tenuto conto dell'avvenuto riconoscimento al leso dell'indennità di accompagnamento (circostanza, questa, che giustifica il riconoscimento, al coniuge superstite, del valore più basso, pari ad euro 2.450,00, della forbice contemplata in tabella per la componente dinamico relazionale del danno; cfr. pag. 15, punto 69 della tabella romana), si avrà il seguente calcolo: 20 punti per la relazione parentale + 5 per età della vittima primaria (60 anni) + 4 per età della moglie (anni 54) = $29 \times 0,8$ per numero familiari (due) = $23,2 \times 5.924,00$ (valore del punto base, dato dalla sommatoria di euro 3.474,00 per danno morale soggettivo e di euro 2.450,00 per danno da alterazione delle abitudini di vita) = euro $137.436,8 \times 80\%$ (pari al danno biologico permanente riconosciuto a Ruongo Raffaele) = euro 109.949,44.



Passando ad esaminare le domande dei figli, Ruongo Salvatore (di anni 36 all'epoca dell'evento dannoso), e Ruongo Nicola (di anni 34), applicando la tabella romana si avrà il seguente calcolo: 15 punti per relazione parentale + 5 per età della vittima primaria (60 anni) + 6 per età dei figli (compresa nella fascia 31-40) = $26 \times 0,5$ (per numero di familiari, pari a tre, escluso l'avente diritto al risarcimento) = $13 \times 3.474,00$ (spettando, in questo caso, ai figli la sola componente del danno morale soggettivo, essendo l'assistenza del macroleso, in difetto di specifiche prove, da presumersi a carico della moglie) = $45.162,00 \times 80\%$ (pari al danno biologico permanente riconosciuto a Ruongo Raffaele) = euro 36.129,6 per ciascun figlio.

Rispetto, infine, al figlio più giovane, Ruongo Livio, di anni 29 all'epoca del sinistro, si avrà: 15 punti per relazione parentale + 5 per età della vittima primaria (60 anni) + 7 per età del figlio (compresa nella fascia 0-30) = $27 \times 0,5$ (per numero di familiari, pari a tre, escluso l'avente diritto al risarcimento) = $13,5 \times 3.474,00$ (spettando, in questo caso, ai figli la sola componente del danno morale soggettivo, essendo l'assistenza del macroleso, in difetto di specifiche prove, da presumersi a carico della moglie) = $46.899,00 \times 80\%$ (pari al danno biologico permanente riconosciuto a Ruongo Raffaele) = euro 37.519,2.

Gli importi dinanzi indicati in relazione ai congiunti non debbono essere ulteriormente rivalutati, tenuto conto del rilievo per cui l'accordo transattivo intercorso tra i danneggiati e la Clinica risale al mese di marzo 2022 (epoca finanche anteriore a quella di pubblicazione dell'applicata tabella romana).



Sommando le voci di danno relative alla vittima primaria (euro 728.936,70) ed ai congiunti (pari a complessivi euro 219.727,84), il danno, determinato all'attualità (cioè, appunto, al marzo 2022), ascende a complessivi euro 948.664,54.

Su tale importo, costituente oggetto di un debito di valore, previamente devalutato al 20.02.2009, data di verifica dell'evento dannoso, ed anno per anno rivalutato secondo indici Istat, vanno calcolati gli interessi legali sino al 7.3.2022, data del menzionato accordo transattivo.

Operando tale conteggio, il totale degli interessi ammonta ad euro 112.368,05 e la somma del capitale rivalutato e degli interessi ascende ad euro 1.061.032,59:

Capitale Iniziale: € 789.238,39

Data Iniziale: 20/02/2009

Data Finale: 07/03/2022

Interessi Legali: Nessuna capitalizzazione, Anno Civile (365 gg)

Decorrenza Rivalutazione: Febbraio 2009

Scadenza Rivalutazione: Marzo 2022

Indice Istat utilizzato: FOI generale

Indice alla Decorrenza: 134,5

Indice alla Scadenza: 109,9

Raccordo Indici: 1,471



Coefficiente di Rivalutazione: 1,202

Totale Rivalutazione: € 159.426,15

Capitale Rivalutato: € 948.664,54

Totale Colonna Giorni: 4763

Totale Interessi: € 112.368,05

Rivalutazione + Interessi: € 271.794,20

Capitale Rivalutato + Interessi: € 1.061.032,59.

§ 18.

L'appellante incidentale eccepiva, altresì, che, anche nel caso in cui questa Corte avesse accolto l'appello principale della Clinica, riconoscendo il diritto alla manleva in capo alla stessa, comunque, era intervenuta la sopravvenuta perdita del diritto all'indennizzo, in quanto Pineta Grande aveva raggiunto un accordo transattivo con gli attori successivamente al deposito della sentenza di primo grado. Sul punto, nello specifico, rilevava che, tanto la polizza n. 2013RCG00048-639631, azionata dalla Pineta Grande s.p.a., quanto la polizza n. 2015RCG00103-645613, contenevano, all'art. 3.3., una clausola del seguente tenore *"Quale condizione preliminare per ottenere l'indennizzo previsto da questa Polizza, l'Assicurato (o qualsiasi persona, azienda o società che agisce in nome o per conto dell'Assicurato) non dovrà rilasciare dichiarazioni di responsabilità, proporre compromessi, stabilire od offrire alcun pagamento in relazione alla Richiesta di*



Risarcimento senza aver prima ottenuto l'autorizzazione scritta da parte degli Assicuratori".

Di conseguenza, avendo concluso l'accordo transattivo con gli attori ed effettuato pagamenti senza alcuna autorizzazione da parte della Compagnia ed avendo lasciato priva di risposta la richiesta di informazioni al riguardo ad essa trasmessa dal legale della Compagnia, la Clinica era incorsa nel grave inadempimento dell'art. 3.3. di polizza, dal quale scaturiva il venir meno dell'obbligo dell'impresa assicurativa *"di tenere indenne la Pineta Grande s.p.a. per tutte le somme corrisposte agli attori in primo grado a titolo di transazione non autorizzata"*.

§ 19.

L'eccezione è infondata.

La clausola di cui all'art. 3.3. della polizza n. 2015RCG00103-645613, il contenuto della quale è stato dinanzi testualmente riportato, non impediva alla Clinica di definire transattivamente la vicenda con i danneggiati, dopo la pronuncia della sentenza di primo grado, anche senza il consenso della Compagnia, che, effettivamente, nella specie non vi è stato.

Ed invero, la pattuizione negoziale in esame, come emerge dal suo tenore letterale, è volta ad evitare che l'assicurato, ricevuta una richiesta di risarcimento da un terzo, concluda con lo stesso una transazione o, comunque, offra a tacitazione dei pagamenti senza l'assenso dell'assicuratore. A ben vedere, tuttavia, la fattispecie in esame non è riconducibile a siffatta clausola, in quanto la prima



concerne un accordo transattivo che l'assicurata concludeva con i danneggiati dopo l'emissione della sentenza di condanna di primo grado. Non vi è stato, quindi, un riconoscimento della fondatezza delle avverse ragioni, operato dall'assicurato, ma, piuttosto, un accordo teso a contenere il dovuto alla minor somma di 1.5 milioni di euro, oltre alle spese processuali, rispetto al maggiore credito liquidato in sentenza.

Ne discende che, nel caso in esame, la pattuizione invocata dalla Compagnia assicurativa non possa trovare applicazione e che l'eccezione debba, quindi, essere rigettata.

§ 20.

La Compagnia assicurativa, inoltre, reiterando eccezioni già sollevate in primo grado, sosteneva che, nel caso in cui la Corte avesse ritenuto operativa, in relazione al sinistro, la polizza n. 2015RCG00103-645613, avrebbe dovuto tenere conto sia della franchigia di euro 300.000,00, che in base all'art. 4.10 doveva restare ad esclusivo carico della Casa di Cura Pineta Grande per ciascuna richiesta di risarcimento, sia dell'eventuale quota di franchigia aggregata annuale operante sugli importi dei sinistri al netto della franchigia per ogni e ciascuna richiesta di risarcimento di euro 300.000,00 e pari all'importo complessivo di Euro 1.000.000,00.

§ 21.

L'eccezione è fondata ed esclude l'operare, in capo alla Compagnia assicurativa, dell'obbligazione di manleva, dal momento che l'ammontare del risarcimento del danno, come in questa sede



rideterminato, pari come visto a complessivi euro 1.061.032,59, non supera il limite delle franchigie contrattuali.

Al riguardo deve premettersi che la lettura della polizza assicurativa, contenuta nella produzione di entrambe le originarie resistenti, provi l'esistenza delle invocate clausole.

In particolare, a pagina 2 del documento di polizza, è contenuta la definizione di franchigia, prevedendosi che si tratta dell'importo, quantificato ai punti 15 e 16 del contratto, che, in relazione a ogni e ciascuna richiesta di risarcimento, deve essere dedotto dall'importo da liquidarsi agli effetti della polizza e che rimane a carico dell'assicurata. La stessa definizione prevede, ulteriormente, la responsabilità dell'assicuratore solo per la parte dell'importo che eccede la franchigia.

Il punto 15 delle condizioni di polizza, poi, come puntualmente dedotto dall'odierna appellante incidentale, stabilisce appunto che l'ammontare della franchigia è pari ad euro 300.000,00 per ciascuna richiesta di risarcimento, mentre il punto 16 prevede una franchigia aggregata annuale operante sugli importi dei sinistri, al netto della franchigia per ogni e ciascuna richiesta di risarcimento di euro 300.000,00, pari all'importo complessivo di euro 1.000.000,00.

Il combinato disposto di tali pattuizioni consente di affermare che, per delimitare l'obbligazione indennitaria dell'impresa assicurativa, dall'importo del risarcimento dovuto dall'assicurato debba prima detrarsi la somma di euro 300.000,00 e, sul residuo, scomputarsi



quanto ancora resta, all'epoca della liquidazione, della franchigia aggregata annuale pari, come detto, ad 1 milione di euro.

Orbene, dall'applicazione delle richiamate clausole, si ricava che, fino ad euro 300.000,00 operi, come detto, la franchigia ex art. 15 della polizza, mentre la residua somma di euro 761.032,59 deve restare a carico della struttura sanitaria, non essendo stata dedotta e provata l'erosione completa della franchigia aggregata annua di euro 1.000.000,00 di cui al menzionato articolo 16.

Sul punto appare dirimente rammentare che *“il superamento della franchigia è un fatto costitutivo della domanda, perché la circostanza attiene agli elementi che consentono alla parte assicurata .. di giovare della manleva pattuita, esclusa contrattualmente al di sotto di un certo importo.*

Ove le conclusioni della compagnia chiamata in causa indichino, come nel caso di specie .. che la eventuale condanna tenga conto dei limiti della franchigia, la corretta dialettica processuale impone che venga data prova di tale elemento costitutivo dalla parte onerata, al più tardi, entro il secondo termine di cui all'art. 183 co 6 cpc, con facoltà della controparte di offrire prova contraria con la memoria di cui al terzo termine di cui all'art. 183 co 6 cpc..” (cfr. Cass. Civ., Sez. 3, Ordinanza n. 30524 del 2019).

Nel caso di specie, tuttavia, Pineta Grande non ha allegato, né provato, nel corso del giudizio di primo grado, l'avvenuta erogazione, per l'annualità cui inerisce la richiesta risarcitoria (2016), di liquidazioni



fino alla concorrenza del menzionato importo di franchigia aggregata annua.

A ben vedere, peraltro, Pineta Grande ha finanche ammesso la mancata erosione della franchigia aggregata, avendo, con l'atto di appello, domandato che questa Corte voglia condannare Berkshire Hathaway a tenerla indenne di tutte le somme riconosciute dalla impugnata sentenza a favore degli attori originari nella misura eccedente rispetto a quanto previsto per la franchigia aggregata e per la franchigia per sinistro, quali individuate nelle condizioni di polizza sopra riportate, e, quindi, in misura eccedente euro 1.300.000,00.

Né, invero, la domanda dell'appellante può trovare accoglimento avuto riguardo all'importo liquidato dal Giudice di primo grado ovvero a quello, leggermente inferiore, di 1.5 milioni di euro versato dalla Clinica ai danneggiati in forza del menzionato accordo transattivo, cui l'assicuratore è rimasto estraneo.

Infatti, ferma restando, come detto, la piena libertà dell'assicurata di concludere, dopo la sentenza, una transazione con i danneggiati anche senza il consenso dell'assicurazione, è, però, evidente che quando, come accaduto nella specie, la Compagnia assicurativa ottenga, mediante la proposizione dell'appello, la riforma parziale della sentenza e la riduzione del quantum debeatur, rispetto a quello riconosciuto dal primo Giudice ovvero oggetto dell'accordo transattivo, quest'ultimo non sarà, per la parte eccedente, opponibile all'assicuratore.



In definitiva, essendo l'importo complessivo del risarcimento, come in questa sede calcolato in accoglimento dell'impugnazione incidentale condizionata, inferiore al totale delle franchigie contrattuali (pari ad euro 1.300.000,00), la manleva contrattuale non può in concreto operare.

Ne segue che l'appello principale debba, in definitiva, rigettarsi poiché la sentenza impugnata, sebbene per ragioni diverse rispetto a quelle valorizzate dal primo Giudice, deve, in parte qua, confermarsi nel decisum.

§ 22.

Resta, in ragione di quanto osservato al punto che precede, infine, assorbito l'esame delle ulteriori eccezioni, reiterate dalla Compagnia assicurativa e riportate alle pagine da 76 ad 80 della comparsa di costituzione.

Invece, con riguardo alla questione, sviluppata dall'appellante incidentale al paragrafo VIII, di cui alle pagine 80 e seguenti, vertente sulla misura dell'obbligazione di manleva, è sufficiente richiamare le considerazioni svolte dal Collegio al paragrafo precedente.

§ 23.

Occorre, a questo punto, soffermarsi sulla domanda di surroga che l'INPS, intervenendo volontariamente nel giudizio, ha proposto, ai sensi degli artt. 1916 c.c., 41 legge 183/2010, DM 19.03.2013 nei confronti della Clinica Pineta Grande, quale responsabile del danno, e della sua Compagnia assicurativa.



Al riguardo, giova rilevare, anzitutto, che, tanto la Clinica quanto l'assicuratore hanno sollevato eccezione di prescrizione del diritto di surroga dell'assicuratore sociale, obiettando che, siccome l'erogazione della pensione di invalidità e l'indennità di accompagnamento ha avuto inizio rispettivamente nel marzo 2009 e nel luglio 2011, il termine quinquennale di prescrizione, nella specie applicabile, risultava decorso alle date del 06.06.2024 e 04.07.2024 cui risalivano le diffide inoltrate dall'INPS, per la prima volta, a Pineta Grande ed a Berkshire.

L'eccezione è infondata.

Giova premettere che, per consolidata giurisprudenza della Cassazione, *“il diritto di surrogazione dell'assicuratore che ha pagato un'indennità al danneggiato ex art. 1916 cod. civ. si risolve in una peculiare forma di successione nel diritto di credito dell'assicurato verso il terzo responsabile, nei limiti dell'indennizzo versato, che non incide sull'identità oggettiva del credito. Ciò implica, ai fini della prescrizione, che rimane applicabile il termine previsto dalla legge in relazione all'originaria natura del credito, e che l'assicuratore, come può giovare degli atti interruttivi posti in essere dal danneggiato prima del verificarsi della surrogazione, così vede pregiudicato il suo diritto dalla prescrizione anteriormente maturata per effetto dell'inerzia del medesimo danneggiato (confr. Cass. civ. 3°, 17 maggio 2007, n. 11457; 3 dicembre 2002, n. 17157; 7 agosto 1996, n. 7247) ..”* (cfr. ex multis, Cass. civ. Sez. 3, Sentenza n. 4347 del 2009).

Nella specie, dalla sentenza impugnata, non oggetto in parte qua di impugnazione né principale, né incidentale, si ricava che il primo



Giudice qualificava espressamente come contrattuale la responsabilità della Casa di Cura per i danni subiti dal paziente in conseguenza dell'errata prestazione sanitaria.

Ne segue che il termine di prescrizione applicabile, anche con riguardo all'azione di surrogazione dell'assicuratore, sia quello ordinario decennale.

Ciò posto, pur volendosi la decorrenza di detto termine ancorare al marzo 2009 ed al luglio 2011, epoche cui risale l'inizio delle prestazioni eseguite dall'interventore, potendosi l'INPS giovare degli atti interruttivi posti in essere dal danneggiato prima del maturare della surrogazione, la prescrizione non è compiuta, avendo, chiaramente, il Ruogo interrotto tempestivamente la prescrizione con la notifica delle richieste stragiudiziali di risarcimento, inoltrate dalla Clinica, e, poi, con la notifica dell'atto di citazione.

Tanto ritenuto, deve, altresì, disattendersi l'eccezione di inammissibilità dell'intervento del terzo, sollevata dalla Compagnia assicurativa.

In senso contrario a siffatta eccezione milita, invero, l'orientamento giurisprudenziale a mente del quale *“L'I.N.A.I.L., quale titolare di un autonomo diritto di agire in surrogatoria nei confronti del responsabile civile dell'infortunio indennizzato e nei limiti dell'ammontare del risarcimento da questi dovuto secondo le norme generali in materia di fatti illeciti, è legittimato, ai sensi dell'art. 344 cod. proc. civ., a spiegare intervento in appello, nel giudizio promosso, per la liquidazione del*



danno ulteriore rispetto a quello coperto dalle prestazioni assicurative, dall'infortunato (o suoi aventi causa) contro lo stesso responsabile, stante l'incidenza della relativa quantificazione sulla determinazione dei limiti suddetti ed il possibile pregiudizio che essa può arrecare alla esaustiva soddisfazione delle ragioni surrogatorie dell'istituto" (cfr. Cass. civ. Sez. 3, Sentenza n. 20355 del 21/10/2005; Sez. L, Sentenza n. 23601 del 05/11/2014).

§ 24.

Nel merito, la domanda di surroga è fondata per quanto di ragione.

Giova in diritto premettere che, secondo ormai consolidata giurisprudenza di legittimità, *"l'istituto della surroga consiste nella sostituzione di un terzo nei diritti del creditore e non permette, pertanto, che il surrogato goda di prerogative superiori a quelle proprie del creditore, cui si sostituisce. Trattasi di successione a titolo particolare nel rapporto obbligatorio, dal lato attivo, il quale non muta a causa della surrogazione. Per quanto qui interessa, secondo tale precedente, il diritto di surrogazione dell'INPS nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili della sua invalidità, in relazione alla quale l'Istituto abbia erogato la prestazione previdenziale, va rapportato, quanto all'ammontare, agli importi concretamente versati, atteso che il meccanismo della surroga, concretando la sostituzione di un terzo nella posizione del creditore, non può ridondare né in danno del debitore né a vantaggio del terzo surrogatosi nel diritto di credito "* (cfr. Cass. civ., Sez. 3, Sentenza n. 9002 del 2022; conf. Cass. civ. Sez. 3 - , Sentenza n. 17966 del 23/06/2021).



Nello stesso senso si è, altresì, ritenuto che l'istituto della surrogazione dell'assicuratore consente a quest'ultimo il recupero delle spese effettivamente sostenute e delle indennità eventualmente versate all'assicurato nei confronti del terzo responsabile del fatto dannoso, fino a concorrenza dell'ammontare della somma erogata, ma entro i limiti del quantum liquidato a favore del danneggiato (cfr. Cass. civ. Sez. 3, Sentenza n. 9002 del 2022, cit.).

Poste tali premesse, occorre rilevare che, nei confronti della Pineta Grande, responsabile del danno, il limite della surrogazione dell'INPS è rappresentato dall'importo di euro 122.445,961, corrispondente a quanto il primo Giudice, con statuizione non censurata dalla Clinica, liquidava a Ruongo Raffaele a titolo di danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa specifica, pregiudizio che, come noto, è ristorato anche dalle prestazioni previdenziali rappresentate dall'assegno di invalidità civile e dall'indennità di accompagnamento. Ciò in quanto *“La surrogazione dell'ente erogatore di prestazioni previdenziali nei diritti del danneggiato verso il terzo responsabile, integrando una successione a titolo particolare, presuppone, in primo luogo, l'effettiva esistenza di tali diritti al momento della surrogazione, e in ogni caso postula che l'indennizzo previdenziale sia finalizzato al ristoro delle medesime voci di danno oggetto dell'obbligazione risarcitoria”* (cfr. Cass. civ. Sez. 3 - , Ordinanza n. 15870 del 13/06/2019; Sez. 3 - , Sentenza n. 9002 del 21/03/2022, cit.; Sez. 3 - , Sentenza n. 29787 del 26/10/2023: *“La domanda di surrogazione proposta dall'INPS nei confronti del responsabile di un fatto illecito,*



avente ad oggetto il recupero delle somme versate all'assistito a titolo di assegno ordinario di invalidità ex art. 1 della l. n. 222 del 1984, esige la dimostrazione che la vittima abbia effettivamente subito un danno patrimoniale da riduzione della capacità di lavoro, da accertare e liquidare con gli ordinari criteri della responsabilità civile”).

Per le medesime ragioni sin qui evidenziate è, poi, evidente che, invece, la domanda dell'INPS nei confronti della compagnia assicurativa del responsabile non possa trovare accoglimento, perché quest'ultima, in esito al vittorioso esperimento sul punto del suo appello incidentale, non risponde a titolo di manleva di quanto la Casa di Cura deve al Ruongo per danno patrimoniale da perdita della capacità di lavoro e, in generale, stante l'operare delle franchigie contrattuali, di tutte le somme in astratto spettanti al danneggiato.

§ 25.

Tanto premesso e venendo al quantum, dalla documentazione depositata in giudizio dal terzo intervenore (cfr., in particolare, comunicazione del 7.6.2024, trasmessa dall'INPS a questa Corte ai sensi dell'art. 213 c.p.c., concernente la certificazione delle somme erogate al lesso sino alla data del decesso avvenuto il 25.10.2019), si ricava che le somme effettivamente corrisposte dall'INPS a Ruongo Raffaele, a titolo di pensione di inabilità civile con decorrenza dal 03/2009 ed a titolo di indennità di accompagnamento con decorrenza dal 07/2011, ammontino a complessivi euro 94.715,25, importo su cui riconoscere, in accoglimento della richiesta in tal senso formulata dall'istante, la rivalutazione monetaria secondo indici ISTAT a



decorrere dalla data dei singoli pagamenti e sino alla pubblicazione della presente sentenza, oltre agli interessi legali sulla medesima somma previamente devalutata ed anno per anno rivalutata in relazione allo stesso periodo (cfr. ex multis, Cass. civ. Sez. 3, Sentenza n. 1336 del 20/01/2009), oltre ulteriori interessi legali dalla pubblicazione al soddisfo.

Nei predetti termini deve, quindi, accogliersi la domanda di surroga proposta dall'INPS nei confronti di Pineta Grande

§ 26.

Venendo, infine, al governo delle spese processuali, l'accoglimento, per quanto di ragione, dell'appello incidentale impone, come conseguenza della parziale riforma dell'impugnata sentenza, un rinnovato regolamento delle stesse, nel rapporto tra BH e casa di cura, da operarsi in relazione all'esito complessivo della lite.

Tenuto, quindi, conto del fatto che, all'esito del giudizio, la domanda di manleva, azionata dalla Clinica, si è, comunque, rivelata infondata, anche se per ragioni diverse da quelle valorizzate dal primo Giudice, le spese processuali di entrambi i gradi debbono seguire la soccombenza della medesima.

Riguardo alla relativa quantificazione, in ordine a quelle del primo grado, può confermarsi la statuizione sul punto già resa dal primo Giudice, al pari di quella che poneva a carico di Pineta Grande l'onere delle spese di CTU.



Le spese del grado di appello si liquidano, come in dispositivo, a norma D.M. n. 55/14, come aggiornato, da ultimo, con D.M. n. 147 del 13/08/2022 pubblicato sulla G.U. n. 236 del 08/10/2022 e in vigore dal 23 ottobre 2022, applicabile *ratione temporis*, essendosi la prestazione professionale esaurita, nella specie, dopo il 23.10.2022, con applicazione dello scaglione relativo alle cause da euro 520.001,00 ad euro 1.000.000,00, tenuto conto del *disputatum*, pari alla differenza tra il valore del credito risarcitorio come liquidato dal primo Giudice e quello rideterminato da questa Corte in ragione dell'accoglimento dell'impugnazione incidentale, e riconoscimento dei compensi tabellari medi per tutte le fasi, da ritenersi adeguati al numero, oggetto e complessità delle questioni controverse.

Sempre a norma dell'art. 91 c.p.c., infine, Pineta Grande deve essere condannata a rifondere le spese processuali del presente grado di giudizio nei confronti dell'INPS, risultato vittorioso rispetto alla domanda surrogatoria.

La relativa liquidazione viene operata come in dispositivo, a norma del D.M. dinanzi citato, con applicazione dello scaglione delle cause di valore compreso tra euro 52.001,00 ed euro 260.000,00, nel quale rientra, in ordine alla domanda di surrogazione, il *decisum*.

Stante il rigetto dell'appello principale deve, infine, darsi atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte della Pineta Grande S.p.A., di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello previsto per il gravame principale, se dovuto.



P.Q.M.

La Corte d'Appello, definitivamente pronunciando sull'appello principale proposto da Pineta Grande S.p.A. e sull'appello incidentale condizionato proposto da Berkshire Hathaway International Insurance Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, avverso la sentenza n. 1279/2022, del Tribunale di Napoli pubblicata in data 07/02/2022, notificata in pari data, così provvede:

- a) rigetta l'appello principale, accoglie, per quanto di ragione, l'appello incidentale condizionato e, per l'effetto, respinge la domanda di manleva proposta dalla Pineta Grande S.p.A.;
- b) accoglie per quanto di ragione la domanda di surrogazione proposta dall'INPS e, per l'effetto, condanna Pineta Grande S.p.A. a pagare, in favore dell'interventore, l'importo di euro 94.715,25, oltre la rivalutazione monetaria secondo indici ISTAT a decorrere dalla data dei singoli pagamenti e sino alla pubblicazione della presente sentenza, oltre interessi legali sulla medesima somma previamente devalutata ed anno per anno rivalutata in relazione allo stesso periodo, oltre ulteriori interessi legali dalla pubblicazione al soddisfo;
- c) condanna Pineta Grande S.p.A. alla rifusione, in favore di Berkshire Hathaway International Insurance Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, delle spese processuali del giudizio di appello, che liquida in euro 2.529,00 per esborsi, euro 26.155,00 per compenso, oltre rimborso spese generali nella misura del 15% del compenso, IVA e CPA come per legge;



- d) condanna Pineta Grande S.p.A. alla rifusione, in favore dell'INPS, delle spese processuali del giudizio di appello, che liquida in euro 14.317,00 per compenso, oltre rimborso spese generali nella misura del 15% del compenso, IVA e CPA come per legge;
- e) conferma nel resto l'impugnata sentenza;
- f) dà atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte della Pineta Grande S.p.A., di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello previsto per il gravame principale, se dovuto.

Così deciso nella camera di consiglio, in data 22/09/2025.

Il Consigliere relatore

dr. Massimiliano Sacchi

Il Presidente

dr. Alessandro Cocchiara

