

10825/20

*IOG. NOT. NEG.*



**ORIGINALE**

*C.I.*

REPUBBLICA ITALIANA

Oggetto

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

RESPONSABILITA'  
SANITARIA

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

R.G.N. 11808/2017

TERZA SEZIONE CIVILE

Cron. *10825*

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Rep.

Dott. RAFFAELE FRASCA - Presidente -

Ud. 04/02/2020

Dott. ANTONELLA DI FLORIO - Rel. Consigliere -

PU

Dott. DANILO SESTINI - Consigliere -

Dott. FRANCO DE STEFANO - Consigliere -

Dott. STEFANO OLIVIERI - Consigliere -

ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

sul ricorso 11808-2017 proposto da:

(omissis) SPA , in persona del  
Presidente del consiglio di amministrazione e legale  
rappresentante pro tempore, elettivamente domiciliata  
in (omissis) , presso lo  
studio dell'avvocato (omissis) , che la  
rappresenta e difende unitamente agli avvocati (omissis)

*M*

2020

201

(omissis) ;

- **ricorrente** -

**contro**

(omissis) SPA , in persona dei legali rappresentanti,

elettivamente domiciliata in (omissis)

(omissis), presso lo studio dell'avvocato (omissis)

(omissis), che la rappresenta e difende;

- **controricorrente** -

**nonchè contro**

(omissis) , (omissis) SPA ,

(omissis) , (omissis) , (omissis) :

- **intimati** -

avverso la sentenza n. 539/2017 della CORTE D'APPELLO  
di BOLOGNA, depositata il 28/02/2017;

udita la relazione della causa svolta nella pubblica  
udienza del 04/02/2020 dal Consigliere Dott.  
ANTONELLA DI FLORIO;

udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore  
Generale Dott. TOMMASO BASILE che ha concluso per il  
rigetto del ricorso;

udito l'Avvocato (omissis) per delega;

udito l'Avvocato (omissis) ;

## SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

1. (omissis) Spa ricorre, affidandosi a cinque motivi, per la cassazione della sentenza della Corte d'Appello di Bologna che aveva riformato la pronuncia del Tribunale di Ravenna, riconoscendo la responsabilità professionale del medico chirurgo (omissis) che, non dipendente della struttura sanitaria, aveva sottoposto un paziente presso la clinica ad un intervento di ernia discale dal quale era derivata una complicanza non tempestivamente diagnosticata: per ciò che rileva in questa sede, la Corte territoriale aveva riconosciuto il danno biologico temporaneo conseguente al ritardo diagnostico e terapeutico, aveva condannato in solido il medico e la struttura al risarcimento del danno nella misura stabilita e, riesaminando la domanda di manleva, spiegata dalla odierna ricorrente nei confronti della (omissis) Spa, l'aveva respinta, escludendo l'operatività della polizza assicurativa in relazione ai danni determinati dalla condotta del personale medico non dipendente, ritenendoli non ricompresi, in forza dell'art.3 lett. H delle C.G.C. e dell'art. 18 delle Condizioni Aggiuntive alla polizza, nella garanzia per la responsabilità civile verso terzi riguardante la struttura sanitaria.

1.1. Ha resistito (omissis) Spa con controricorso.

2. All'udienza camerale del 4.7.2018, la controversia è stata rinviata alla pubblica udienza, poi fissata per la data odierna, in ragione del rilievo nomofilattico delle questioni prospettate.

## RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Con i cinque motivi proposti, il ricorrente deduce, ex art. 360 co 1 n° 3 cpc:

- a. la violazione e falsa applicazione dell'art. 1362 c.c del canone legale di ermeneutica contrattuale sancito dalla norma: assume che la Corte d'Appello aveva affermato l'inoperatività della polizza in forza di una errata interpretazione degli artt. 1 e 3 lett. H delle condizioni generali di contratto, richiamando un precedente di legittimità (Cass. 4936/2015) che aveva, in un caso analogo a quello in esame, pronunciato a favore di una

interpretazione diametralmente opposta della medesima clausola contrattuale, affermando la sussistenza della copertura assicurativa in favore della clinica;

- b. la violazione e falsa applicazione dell'art. 1363 c.c: assume che la Corte d'Appello aveva interpretato dette clausole senza verificarne la valenza rispetto alla ratio dell'intero testo contrattuale ed articolando una valutazione atomistica di esse, contraria al precetto interpretativo portato dalla norma sopra richiamata;
- c. la violazione e falsa applicazione degli artt. 1366 e 1367 c.c: lamenta che era stato utilizzato un approccio ermeneutico contrario al principio di buona fede;
- d. la violazione e falsa applicazione degli artt. 1362, 1363, 1411 e 1891 c.c per avere omesso di rilevare che l'art. 3 lett. H delle condizioni generali di contratto e l'art. 18 delle condizioni aggiuntive attenevano al tema dell'assicurazione per conto altrui ed escludevano che la polizza fosse riconducibile alla fattispecie "assicurazione per conto proprio" riguardante l'odierna ricorrente: assume, in buona sostanza, che la Corte aveva errato nel non considerare che l'art. 18 rappresentava una deroga alla generale esclusione prevista dall'art. 3;
- e. la violazione e falsa applicazione degli artt. 1370 c.c in quanto i giudici d'appello, nel dubbio, avevano interpretato il contratto, ed in particolare gli artt. 1 e 3 lett. H delle condizioni generali di polizza, a favore del soggetto che le aveva predisposte.

2. Deve premettersi, in ordine al rilievo di inammissibilità sollevato dal controricorrente - fondato sulla asserita violazione del principio secondo cui non è consentita in sede di legittimità la contrapposizione di una proposta interpretativa diversa da quella articolata dai giudici di merito - che le critiche prospettate denunciano, invero, la violazione dei canoni di ermeneutica contrattuale regolati dagli artt. 1362 e segg. cc, con particolare riferimento alla a quello letterale e della comune intenzione delle parti che emerge dall'esame dell'art. 1 della polizza ( descrittivo dell'oggetto complessivo della garanzia pattuita ) in rapporto con le ipotesi di esclusione previste, per ciò che qui rileva,

dall'art. 3 lett.H e dal successivo art. 18, clausole che – per la lor complicata intersezione - impongono una interpretazione complessiva che non tradisca il rapporto logico fra la regola generale e la plausibile eccezione che la comune volontà della parti abbia inteso introdurre: la critica nel complesso prospettata denuncia, in buona sostanza, l'insufficienza del criterio letterale adottato dalla Corte e la necessità di valorizzare gli altri indicatori previsti dalla legge.

2.1. In relazione a ciò, dunque, deve escludersi che le censure siano inammissibili in quanto, adempiuto l'onere di cui all'art. 366 n. 6 c.p.c. ( cfr. pagg. 12,13,14,15, e 16 del ricorso ), il ricorrente chiede in questa sede di valutare se i giudici d'appello abbiano commesso un errore di sussunzione e, dunque, di falsa applicazione delle norme sull'esegesi dei contratti: questa Corte, infatti, è chiamata a valutare - posto il tenore delle clausole contrattuali (che non sono in discussione) ed escluso, dunque, ogni altro riferimento ad elementi fattuali estranei al testo della polizza – se i giudici d'appello abbiano correttamente applicato i criteri esegetici che sono evocati nei singoli motivi (cfr. *ex multis* Cass. 2465/2015; Cass. 10891/2016; Cass.2267/2018; Cass. 21840/2019).

3. Tanto premesso, tutte le censure proposte, congiuntamente esaminate per la stretta connessione logica sono, nel complesso, fondate.

3.1.La Corte territoriale, infatti, ha affermato che la polizza assicurativa era stata stipulata dalla ricorrente esclusivamente "per conto proprio", cioè a copertura della responsabilità della struttura sanitaria; e, limitandosi ad una mera interpretazione letterale, ha escluso che ricomprendesse il danno cagionato dal personale non dipendente (che ricadeva nella propria responsabilità ex art. 1228 c.c.) in ragione delle clausole di cui all'art. 1 e 3 lett. H avvalorate, nell'esclusione, dalle previsioni dell'art. 18 delle condizioni aggiuntive, che afferma che, per i medici e gli altri operatori non direttamente dipendenti, la copertura operasse a secondo rischio e, comunque, per importi superiori ad € 1500.000,00 (somma da intendersi come franchigia assoluta).

3.2. Al riguardo, questa Corte, pur affermando che "in tema di interpretazione dei contratti, è prioritario il canone fondato sul significato letterale delle parole, di cui all'art. 1362, primo comma, cod. civ., sicché, quando esso risulti

sufficiente, l'operazione ermeneutica deve ritenersi utilmente, quanto definitivamente, conclusa" ( cfr. Cass. 5595/2014) ha tuttavia precisato, proprio nella materia assicurativa, che il contratto va redatto in modo chiaro e comprensibile e che, **"il giudice non può attribuire a clausole polisenso uno specifico significato, pur teoricamente non incompatibile con la loro lettera, senza prima ricorrere all'ausilio di tutti gli altri criteri di ermeneutica previsti dagli artt. 1362 e ss. c.c., ed, in particolare, a quello dell'interpretazione contro il predisponente, di cui all'art. 1370 c.c."** ( cfr. Cass. 668/2016).

4. Tanto premesso, nel caso in esame il Collegio osserva quanto segue.

4.1. L'art. 1 delle CGC - che descrive l'oggetto generale dell'assicurazione - prevede la garanzia relativa a quanto l'assicurato contraente ( che è il soggetto stipulante coincidente con quello il cui interesse è protetto dal contratto: cfr. le definizioni a pag. 7 ) sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento dei danni involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di "un fatto verificatosi in relazione allo svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione": la clausola contiene una previsione di carattere omnicomprensivo che include la responsabilità della struttura in generale - cioè sia per fatto proprio sia per fatto altrui - che si debba assumere secondo le regole civilistiche di cui all'art. 1228 c.c. a mente del quale "il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si avvale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro, salva la diversa volontà delle parti".

4.2. Al riguardo, il riferimento "all'attività per la quale è prestata l'assicurazione" ha portata talmente inclusiva da comprendere anche il fatto altrui di cui debba rispondere ai sensi della norma teste richiamata, dovendosi escludere che la successiva precisazione - "compresa la RC derivante all'assicurato contraente per fatti imputabili al personale, compreso quello medico e paramedico, dipendente dall'assicurato" ( cfr. ultima parte del primo comma ) - configuri un'ipotesi indicativa, in termini eccezzuativi, di una diversa volontà delle parti, risultando, piuttosto, una espressione esemplificativa, tenuto conto sia della sintassi che della punteggiatura adoperata.

4.3. L'art. 1 comma 3, inoltre, estende, letteralmente, tale garanzia alla responsabilità civile personale dei dipendenti, compresi medici e paramedici, con previsione riconducibile all'art. 1891 c.c., trattandosi di una evidente assunzione del rischio per conto altrui.

4.4. All'interno di tale complessiva disposizione generale, il successivo art. 3 lettera h) prevede, fra i danni esclusi dalla garanzia, che la polizza non operi per la responsabilità "personale" dei medici, paramedici e di altri lavoratori non dipendenti e non già – come prospettato dalla Corte territoriale - per la responsabilità della struttura derivante da fatti commessi da tali operatori: in pratica, la clausola, in parte qua, è riferita alla responsabilità di tali soggetti verso il danneggiato, escludendola dalla copertura assicurativa che non potrebbe essere invocata dal medico non dipendente per danni da lui personalmente cagionati.

4.5. Infine, l'art. 18 delle Condizioni Aggiuntive di polizza prevede che la garanzia operi sempre in eccesso ( e cioè a secondo rischio ) rispetto alle assicurazioni dei medici e degli altri operatori non direttamente dipendenti dal contraente assicurato e, comunque, se il danno eccede la somma di € 1.500.000,00 per sinistro e per persona (che restano a carico del soggetto assicurato a titolo di franchigia assoluta): tale previsione è svincolata, in termini esegetici, dall'esclusione contemplata dall'art. 3 lett. h) delle CGC ed è, invece, riferita alle polizze assicurative a primo rischio stipulate dai medici ( e gli altri operatori ) non dipendenti che devono sempre essere attivate prima di esigere l'operatività di quella in esame, contratta dalla struttura sanitaria anche a loro favore, sia pur con i limiti sopra descritti.

Al riguardo, risulta utile - per ricostruire l'esegesi delle clausole in coordinazione fra loro - richiamare il principio affermato da questa Corte secondo il quale **"nel contratto di assicurazione della responsabilità civile stipulato da un ospedale (assicurazione per conto proprio), la clausola la quale preveda che la copertura assicurativa "operi in eccesso rispetto alle assicurazioni personali dei medici" ivi operanti va interpretata nel senso che, ferma restando la copertura a primo rischio della responsabilità dell'ospedale, la medesima polizza copra altresì a secondo rischio la**

**responsabilità personale dei medici, secondo lo schema dell'assicurazione per conto altrui (art. 1891 c.c.)"** ( cfr. Cass. 4936/2015):

tale pronuncia ha chiarito che affinché un contratto di assicurazione possa "operare in eccesso" rispetto ad un'altra polizza, è necessario che i due contratti coprano il medesimo rischio; che, 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; che, infine, 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 struttura in cui il medico si trova ad operare.

Seguendo tale condivisibile ricostruzione, la formulazione della polizza in esame - nella quale l'art. 1 co.1 sopra richiamato descrive in termini omnicomprensivi il fatto generatore del danno ed oggetto di copertura assicurativa, ed in cui l'art. 1 co 3 estende tale garanzia, ex art. 1891 c.c., alla responsabilità civile personale dei medici "dipendenti" - impone di applicare un criterio esegetico, ex artt. 1362 e 1363 cc., che dia un senso compiuto e logico, rispetto alla funzione del contratto ed agli interessi da salvaguardare ( trattasi di una polizza assicurativa multirischio), alla copertura della responsabilità "personale" dei medici "non dipendenti": in buona sostanza, poiché le polizze che operano in eccesso sono tali in quanto coprono il medesimo rischio di quelle da attivare prima, da tale pattuizione deve desumersi che l'attività dei medici non dipendenti - per i fatti che ricadono sulla responsabilità della struttura ( come quello oggetto di condanna ) - era comunque ricompresa nell'oggetto dell'assicurazione descritto nell'art. 1 delle CGC.

Si osserva, conclusivamente che la complessa e non chiara formulazione del contratto, avrebbe imposto, di ricorrere al "principio del gradualismo", da applicarsi quando il significato letterale delle espressioni adoperate dai contraenti sia insufficiente all'identificazione della comune intenzione delle parti: l'adozione di criteri interpretativi sussidiari, infatti, include anche "*l'interpretatio contra stipulatorem*" laddove il dato letterale sia equivoco ed in tutto o in parte, contraddittorio, ex art. 1370 c.c .



La Corte territoriale, nell'escludere il diritto alla manleva della ricorrente per il fatto posto in essere dal medico non dipendente, si è discostata dai principi esegetici sopra richiamati: la sentenza impugnata, pertanto, deve essere cassata con rinvio alla Corte d'Appello di Bologna, in diversa composizione, che provvederà al riesame della controversia alla luce dei principi di diritto sopra evidenziati.

La Corte dovrà altresì decidere in ordine alle spese del giudizio di legittimità.

PQM

La Corte,  
accoglie il ricorso; cassa la sentenza impugnata e rinvia alla Corte d'Appello di Bologna per il riesame della controversia ed anche per la decisione sulle spese del giudizio di legittimità.

Roma, 4.2.2020

IL CONSIGLIERE ESTENSORE

Antonella Di Florio

IL PRESIDENTE

Raffaele Frasca

Il Funzionario Giudiziario  
Francesca ATANIA

DEPOSITATO IN CANCELLERIA  
oggi, ... 5 GIU, 2020

Il Funzionario  
Francesca ATANIA