



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE DI APPELLO DI PALERMO
PRIMA SEZIONE CIVILE

composta dai sigg.ri Magistrati

dr. Antonio Novara Presidente
dr. Guido Librino Consigliere
dr. Tania Hmeljak Consigliere rel.

riunito in camera di consiglio, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 2058/2014 del R.G. di questa Corte
di Appello, promossa in questo grado

da

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ rappresentati e difesi dagli av-
vocati Lorenzo Locatelli e Santo Spagnolo, elettivamente domici-
liati ai fini del giudizio nello studio di quest'ultimo a Palermo, via
M. D'Azeglio n. 5

appellante

contro

**Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento (già Azienda
ospedaliera "Ospedali civili riuniti di Sciacca") (C.F.
02570930848)**, in persona del legale rappresentante pro tempo-
re, rappresentata e difesa dall'avvocato Massimiliano Mangano,
presso il cui studio a Palermo, via Nunzio Morello 40, è elettiva-
mente domiciliata ai fini del giudizio

appellata

e nei confronti di

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ nata a ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ il

Corte di Appello di Palermo
SSezioneSS sezione civile

Firmato Da: HMELJAK TANIA Emesso Da: ARUBAPEC S.P.A. NG CA 3 Serial#: 6F0395874477290f6c83c830c29f7 - Firmato Da: NOVARA ANTONIO Emesso Da: ARUBAPEC S.P.A. NG CA 3 Serial#: 5e57bad7ace5b79477318c84bd7315



€ 312.500,00, così ulteriormente riformandosi la decisione impugnata su tale ultimo punto; in ogni caso: con rifusione delle spese e per entrambi i parti.

Conclusioni per l'appellata ASP di Agrigento:

"Rigettare l'appello in quanto inammissibile, ai sensi degli artt. 348 bis e 348 ter, vinte le spese."

**Conclusioni per gli appellati ~~Dr. Angelo Indica, Maria Irma, Emilia~~
~~Monte Giovanni, Balanzone, Francesco, Balanzone Salvatore~~**

*"Preliminarmente, preso atto del passaggio in giudicato della Sentenza n. 234/2014 del Tribunale di Sciacca del 18 agosto 2014 nella causa iscritta al n. 658/2009 nella parte in cui: statuiva il diritto dei Sigg.ri ~~Dr. Angelo Indica, Maria Irma, Emilia~~
~~Monte Giovanni, Balanzone, Francesco, Balanzone Salvatore~~ ad essere risarciti a titolo di danno patrimoniale e non patrimoniale, ed accertata e dichiarata la responsabilità dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Civili Riuniti di Sciacca per i danni subiti dagli attori Sigg.ri ~~Dr. Angelo Indica, Maria Irma, Emilia~~
~~Monte Giovanni, Balanzone, Francesco, Balanzone Salvatore~~ a titolo di danno patrimoniale, danno non patrimoniale, interessi e spese legali. Ritenere e dichiarare la carenza di legittimazione passiva in capo agli odierni appellati come sopra generalizzati per i motivi di cui in comparsa ed ulteriormente precisato con la presente; Conseguentemente, estromettere gli stessi dal presente giudizio di Appello, proposto avverso la Sentenza n. 234/2014 del Tribunale di Sciacca del 18 agosto 2014 nella causa iscritta al n. 658/2009. In subordine, confermare la Sentenza n. 234/2014 del Tribunale di Sciacca del 18 agosto 2014 nella causa iscritta al n. 658/2009 nella parte in cui statuisce il diritto dei Sigg.ri ~~Dr. Angelo Indica, Maria Irma, Emilia~~
~~Monte Giovanni, Balanzone, Francesco, Balanzone Salvatore~~ ad essere risarciti a titolo di danno patrimoniale*



Firmato Da: HMELLIAK TANIA Emesso Da: ARUBAPEEC S.P.A. NG CA 3 Serial#: 5670395a74a77290c0fcb3c830c297 - Firmato Da: NOVARA ANTONIO Emesso Da: ARUBAPEEC S.P.A. NG CA 3 Serial#: 5657fbaad7ace9e781417316c0d9d7315

le e non patrimoniale e pertanto, ritenere e dichiarare accertata la responsabilità dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Civili Riuniti di Sciacca per i danni subiti dagli attori e conseguentemente confermare la condanna, di quest'ultima, in persona del legale rappresentante pro-tempore, a pagare: a titolo di danno non patrimoniale, in favore di ~~FRANCESCO ANTONIO MARRAS~~ la somma di euro 589.000,00 oltre interessi in misura legale sino al soddisfo; a titolo di danno patrimoniale, in favore di ~~FRANCESCO ANTONIO MARRAS~~ a pagare l'ulteriore somma di euro 90.313,00, oltre interessi in misura legale sino al soddisfo; a titolo di danno non patrimoniale, in favore di ~~FRANCESCO ANTONIO MARRAS~~ la somma di euro 61,240,00 e con interessi in misura legale sino al soddisfo; a titolo di danno non patrimoniale, in favore di ~~FRANCESCO ANTONIO MARRAS~~ la somma di euro 14.820,00 e con interessi in misura legale sino al soddisfo; a titolo di danno non patrimoniale, in favore di ~~FRANCESCO ANTONIO MARRAS~~ la somma di euro 14.820,00 e con interessi in misura legale sino al soddisfo. In ogni caso, condannare la parte soccombente, alle spese e competenze difensive del presente grado di giudizio da distrarsi in favore dei sottoscritti procuratori antistatari."

FATTO E SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

1. Con sentenza n. 234/2014 del 18.08.2014, il Tribunale di Sciacca, in parziale accoglimento (con riferimento al *quantum*) delle domande proposte da ~~FRANCESCO ANTONIO MARRAS~~ nei confronti dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Civili Riuniti di Sciacca" (oggi Azienda Provinciale Sanitaria di Agrigento), in persona del legale rappresentante pro tempore - per danni subiti, rispettivamente, dalla ~~FRANCESCO ANTONIO MARRAS~~ a seguito dell'amputazione della gamba destra, dovuta al negligente trattamento sanitario della frattura composta del malleolo



tibiale (a seguito della quale era stata ricoverata il 1.09.2002 e successivamente), nonché, a titolo di danno parentale, dal marito ~~BRUNO DE GIOVANNI~~ e dai figli ~~GIAMONTE FRANCESCA~~ ~~GIAMONTE FRANCESCO~~. Il Tribunale ha condannato la convenuta Azienda al pagamento in favore della ~~FRANCISCA~~ della somma di € 589.000,00, oltre interessi, a titolo di danno non patrimoniale, e della ulteriore somma di € 90.313,00, oltre interessi, a titolo di danno patrimoniale; in favore di ~~FRANCISCA~~ ~~FRANCESCO~~ della somma di € 61.240,00, oltre interessi, e di ~~FRANCISCA~~ ~~FRANCESCO~~ ~~FRANCISCA~~ della somma di € 14.820,00 ciascuno, oltre interessi, nonché al pagamento delle spese di lite e di CTU.

Il Tribunale ha inoltre condannato gli ~~Assicuratori~~ (chiamati in garanzia dalla convenuta Azienda Ospedaliera), in persona del legale rappresentante pro tempore, una volta erosa la franchigia aggregata annua, a tenere indenne la predetta assicurata da ogni esborso economico posto a carico dell'Azienda per capitale, interessi e spese, e ha compensato le spese di giudizio tra l'Azienda medesima e la terza chiamata.

Con riferimento alla domanda di garanzia, in particolare, il Tribunale ha preliminarmente rigettato l'eccezione di nullità dell'atto di citazione della terza chiamata, in quanto, indipendentemente dalla errata indicazione, nella comparsa di costituzione dell'Azienda ospedaliera, della norma del codice di rito (art. 107 c.p.c., anziché art. 106 c.p.c.), era evidente che era stata proposta un'azione di garanzia impropria. Inoltre, sempre con riferimento all'eccezione di nullità della chiamata del terzo, il primo giudice ha ritenuto che non vi fosse alcuna carente indicazione della *causa petendi* (secondo la società di assicurazione non sarebbe stato chiaro a quale titolo l'Azienda ospedaliera pretendeva di essere manlevata), in quanto i fatti indicati dalla convenuta erano connessi con l'obbligazione assicurativa



che giustificava la garanzia impropria reclamata, riferendosi a un episodio noto alla Compagnia di assicurazione, in ordine al quale era stata già avviata la pratica negoziale di gestione del sinistro.

Infine, quanto alla asserita inammissibilità dell'azione principale per intervenuta transazione della lite, sottoscritta in data 17.05.2007 dalla sola ~~XXXXXXXXXX~~ e predisposta dalla ~~XXXXXXXXXX~~ per conto degli ~~XXXXXXXXXX~~, il Tribunale ha ritenuto che tale atto transattivo non potesse spiegare alcun effetto preclusivo nell'ambito del rapporto tra l'ente ospedaliero (che lo aveva contestato, negando l'esistenza in capo alla Compagnia di assicurazione del potere di transigere a suo nome) e l'attrice (che non aveva reclamato nei confronti dell'Azienda ospedaliera il contenuto di tale transazione), ma nemmeno poteva essere reclamato dalla Compagnia di assicurazione, che si era limitata a medlare l'accordo, secondo i principi della rappresentanza negoziale.

Quanto ai rapporti interni tra l'Azienda ospedaliera e l'assicuratore, che era stato contrattualmente delegato a gestire il sinistro e che aveva contestato all'Azienda ospedaliera di aver tenuto un comportamento scorretto, per non avere accettato il contenuto dell'accordo transattivo, il Tribunale ha ritenuto che la transazione conclusa in data 17.05.2007 dalla società incaricata dagli ~~XXXXXXXXXX~~ ~~XXXXXXXXXX~~ (la ~~XXXXXXXXXX~~) non fosse opponibile nemmeno all'Azienda ospedaliera (che non aveva dato seguito alla transazione, non considerandola vincolante), in quanto la clausola relativa alla "gestione dei sinistri", inserita nell'appendice della polizza n. 1326949 (rinnovata con la polizza n. 1433532, efficace dall'1.08.2003 al 31.08.2003), conferiva all'assicuratore – e per esso alla società dallo stesso incaricata – solo il potere di mediare una transazione, ma non anche di concluderla, nel senso che



giudizio, deducendo che la citazione non indicava la polizza operativa in relazione all'evento e, dunque, il titolo in base al quale era stata formulata la domanda da parte del chiamante, tenuto conto che nel rapporto con l'Azienda assicurata si erano succedute più polizze.

Con il secondo motivo, l'appellante si duole del fatto che il Tribunale abbia ritenuto che gli fosse precluso l'esame della questione relativa alla responsabilità dell'Azienda ospedaliera, conseguente al mancato rispetto del conferimento della delega alla definizione dei sinistri, in quanto non risultava proposta sul punto alcuna domanda riconvenzionale.

L'appellante sostiene, infatti, che, nel rilevare la grave scorrettezza dell'Ente ospedaliero, che aveva rifiutato in modo ingiustificato di dar corso alla transazione, nonostante i formali solleciti e le diffide ricevute (e quindi in violazione dei doveri di buona fede e di correttezza), aveva inteso formulare un'eccezione di inadempimento, ai sensi dell'art. 1460 c.c., finalizzata a limitare la prestazione di garanzia dovuta entro la somma oggetto della transazione del 17.05.2007 (vanificata a causa della condotta ostinata dell'Azienda sanitaria), tenuto conto della franchigia contrattuale.

Con il terzo motivo, censura la mancata specificazione, nel dispositivo della sentenza appellata, dell'importo della franchigia aggregata annua, che nella parte motiva risultava erroneamente indicato, anche a causa dell'incertezza sull'individuazione della polizza nell'atto di chiamata del terzo, in € 125.000,00, mentre, in realtà, ammontava a € 312.500,00, come previsto dal contratto n. 1498987, applicabile, in relazione alla prima richiesta di risarcimento notificata in data 28.02.2005.

4. L'Azienda sanitaria provinciale di Agrigento si è costituita e



ha chiesto il rigetto del gravame

Si sono costituiti anche ~~la Compagnia Assicurativa "ARUBAPEC S.P.A. - NG CA. 3 Serie# 8F02959x447729046cc83c930c287"~~ i quali hanno chiesto la conferma della sentenza appellata nella parte relativa all'accoglimento della domanda da loro, non essendo stato mosso alcun rilievo sul punto dalla parte appellante. All'atto della precisazione delle conclusioni hanno chiesto di dichiarare la propria carenza di legittimazione, stante l'avvenuto integrale pagamento di quanto loro dovuto da parte dell'Azienda ospedaliera appellata.

5. Il primo motivo, riguardante l'eccepita nullità dell'atto di citazione del terzo per carente indicazione della *causa petendi*, è infondato.

La nullità della citazione, ai sensi dell'art. 164 comma 4 c.p.c. si produce solo quando "l'esposizione dei fatti costituenti le ragioni della domanda", prescritta dal n. 4 dell'art. 163 c.p.c., sia stata omessa o risulti assolutamente incerta, con valutazione da compiersi caso per caso. L'identificazione della "causa petendi" della domanda, infatti, va operata con riguardo all'insieme delle indicazioni contenute nell'atto di citazione e dei documenti ad esso allegati, per cui la nullità della citazione deriva dall'assoluta incertezza delle ragioni della domanda, risiedendo la sua "ratio" ispiratrice nell'esigenza di porre immediatamente il convenuto nelle condizioni di apprestare adeguate e puntuali difese (Cass. n. 11751/2013).

Nel caso in esame, invece, come ha ben evidenziato anche il primo giudice, si trattava di un episodio certamente noto alla Compagnia di assicurazione, che aveva già avviato, in relazione ad esso, la pratica negoziale di gestione del sinistro, come si evince dalla documentazione versata in atti da entrambe le parti.

Anche il secondo motivo è privo di pregio.



Secondo le condizioni contrattuali contenute nell'appendice n. 190978, allegata alla polizza n. 120992, la gestione del sinistro era affidata, anche in sede stragiudiziale, a una società incaricata dagli assicuratori. Gli esiti possibili di tale gestione potevano essere: "Senza Seguito" (nel caso di non risarcibilità secondo le previsioni della polizza), "Riserva" (nel caso di accettazione del rischio di un contenzioso), "Transazione" (nel caso di quantificazione del danno e di accordo transattivo con le controparti). La medesima disposizione prevedeva, tra l'altro, che la società incaricata di gestire il sinistro dovesse trasmettere copia della transazione da lei formulata ai contraenti, dandone avviso alla controparte. L'importo transatto veniva pagato solo dopo che l'azienda contraente avesse versato al terzo danneggiato l'importo di franchigia (quantificata in € 125.000,00 per ogni periodo annuo di assicurazione). Veniva stabilito, inoltre, che "la trasmissione di tale atto transattivo da parte della Società solleva la Stessa da qualsiasi ulteriore responsabilità ex lege".

Orbene, secondo l'interpretazione data dal primo giudice a tale disposizione, che questa Corte condivide, l'eventuale transazione conclusa dalla società incaricata dagli assicuratori non era immediatamente vincolante per l'Azienda ospedaliera, ben potendo questa valutare la convenienza, tenuto conto anche del fatto che la transazione non avrebbe consentito comunque l'intero trasferimento del rischio assicurato, atteso il vincolo di franchigia che permaneva in capo all'Azienda medesima. La clausola in questione, quindi, demandava alla società incaricata solo il potere di mediare un'eventuale transazione, ma non anche quello di concluderla.

Nel caso di specie, dopo una prima decisione della società di assicurazione, nel novembre 2005, di archiviare la richiesta di risarci-



mento, in quanto non risarcibile ("Senza Seguito"), la società incaricata (Capanna Group) aveva concordato in data 17.05.2007 con [REDACTED] una transazione con il pagamento dell'importo di € 206.800,00. L'atto di transazione fu inviato all'Azienda ospedaliera che, tuttavia, non vi aderì, visto anche l'andamento altalenante delle trattative.

La mancanza di vincolatività di tale atto transattivo viene confermata dal contenuto di una lettera del 26.09.2007, con la quale la Capanna Group rimetteva "al prudente apprezzamento dell'Azienda ospedaliera" il rischio di rilevanti ripercussioni economiche, che l'alea del giudizio poteva comportare nel caso in cui il sinistro non fosse stato definito in via transattiva. Con tale precisazione risulta evidente che la decisione di aderire o meno alla transazione proposta dalla società incaricata era rimessa alla discrezionale valutazione dell'Ente assicurato, non essendosi perfezionata con la semplice accettazione della danneggiata.

In altri termini, la previsione, contenuta nella suddetta clausola del contratto di assicurazione, secondo cui "la trasmissione di tale atto transattivo da parte della Società solleva la Stessa da qualsiasi ulteriore responsabilità", riguardava esclusivamente la società incaricata di gestire il sinistro e delimitava gli obblighi contrattuali di quest'ultima, ma non coinvolgeva il rapporto contrattuale instaurato dagli assicuratori con l'Azienda assicurata. Su tale punto, peraltro, la parte appellante non ha sollevato alcuna contestazione, limitandosi a riproporre l'eccezione di inadempimento da parte dell'Azienda ospedaliera per l'asserito ingiustificato rifiuto di eseguire e perfezionare la transazione, già accettata dalla parte danneggiata.

In realtà, la scorrettezza contrattuale che l'appellante imputa



all'Azienda assicurata non attiene all'obbligo indennitario assunto con il contratto di assicurazione, ma riguarda esclusivamente l'ambito di gestione dei sinistri con riferimento alla delega prevista per la loro definizione. In questo senso correttamente il Tribunale ha osservato che, per contestare la responsabilità dell'Azienda ospedaliera per tale asserita scorrettezza, non era sufficiente un'eccezione, ma occorreva proporre una domanda riconvenzionale, posto che si trattava di un profilo contrattuale diverso da quello indennitario, che era oggetto del giudizio.

L'eccezione di inadempimento, riproposta in questa sede con riferimento all'obbligazione di garanzia, va comunque rigettata, essendo stato chiarito che la transazione eventualmente conclusa dalla società incaricata dagli assicuratori con la parte danneggiata non vincolava automaticamente l'Azienda assicurata. La presenza di valutazioni contraddittorie sulla risarcibilità del danno, quali quelle espresse dalla società incaricata della gestione del sinistro (in ultimo, la mancata risposta alla richiesta di parere tecnico, formulata dall'Azienda ospedaliera alla ~~XXXXXX~~, in data 5.03.2008), infatti, giustificava senz'altro il rifiuto dell'Azienda ospedaliera di aderire alla transazione sottoscritta, peraltro, dalla sola ~~XXXXXX~~ e non anche dagli altri attori.

Infine, del tutto privo di pregio è il terzo motivo del gravame.

Nel costituirsi in primo grado, l'appellante ha richiamato la polizza n. 1326949, che prevedeva la franchigia di € 125.000,00 (quella applicabile al caso di specie), mentre con la comparsa conclusionale ha prodotto un'altra polizza con una franchigia più elevata, pari ad € 325.000 annui, sostenendo che era la polizza che regolava il rapporto assicurativo dedotto in giudizio. Si tratta di una produzione documentale inammissibile, in quanto tardiva, di cui non si può te-



nere conto in questa sede.

6. In definitiva, l'appello va integralmente rigettato e, per il principio della soccombenza, gli Assicuratori, in persona del legale rappresentante pro tempore, vanno condannati al pagamento delle spese del giudizio di appello in favore dell'Azienda sanitaria provinciale di Agrigento, che vengono liquidate, ex D.M. n. 55/2014, nella complessiva somma di € 5.400,00 per compensi, oltre spese generali (15% sul compenso), CPA e IVA come per legge.

Vanno, invece, interamente compensate le spese del giudizio di appello, relative al rapporto processuale con l'Azienda sanitaria provinciale di Agrigento, in persona del legale rappresentante pro tempore. E invero, trattandosi di cause scindibili ex art. 332 c.p.c., la notifica dell'appello proposto dalla Compagnia di assicurazione (soccombente nei confronti dell'Azienda assicurata) agli attori vittoriosi nel giudizio di primo grado è avvenuta solo ai fini di una mera "litis denuntiatio". Poiché questi ultimi non hanno, perciò, assunto la veste di parti del giudizio di gravame, non sussistono i presupposti per la condanna della parte appellante al pagamento delle spese a loro favore, atteso che, ai sensi dell'art. 91 c.p.c., detta pronuncia presuppone sia la qualità di parte che la soccombenza (cfr. Cass. n. 5508/2016).

Al rigetto dell'impugnazione consegue, ai sensi dell'art. 13 comma 1 quater D.P.R. n. 115 del 2002, l'obbligo per la parte appellante di provvedere al versamento di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato, pari a quello dovuto per l'impugnazione proposta.

P.Q.M.

La Corte di Appello di Palermo, sentiti i procuratori delle parti, rigetta l'appello proposto dagli Assicuratori, in persona del legale rappresentante pro tempore, nei confronti dell'Azienda Sanitaria



