



LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
TERZA SEZIONE CIVILE

Composta da:

Chiara Graziosi	Presidente
Augusto Tatangelo	Consigliere
Irene Ambrosi	Consigliere
Giuseppe Cricenti	Consigliere Rel.
Giulia Stano	Consigliere

Oggetto:

RESPONSABILITA'
SANITARIA

Ud.2/4/2026 CC

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

sul ricorso iscritto al n. 21842/2023 R.G. proposto da:

Azienda Ospedaliera [redacted] [redacted] [redacted] rappresentata e difesa
dall'avvocato [redacted] unitamente all'avvocato [redacted]

-ricorrente -

[redacted] rappresentata e difesa dall'avvocato [redacted]
[redacted] unitamente all'avvocato [redacted]

-ricorrente-

contro

[redacted] [redacted] [redacted] e [redacted] [redacted]
rappresentate e difese dall'avvocato [redacted]

-controricorrenti-



e contro

Azienda Ospedaliera [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] rappresentata e difesa
dall'avvocato [REDACTED] unitamente all'avvocato [REDACTED]

-controricorrente-

nonché contro

Azienda Ospedaliera di Rilevo Nazionale [REDACTED] [REDACTED]
[REDACTED] S.p.A.

-intimati-

avverso la sentenza della Corte d'Appello di Napoli n. 3797/2023 depositata
in data 11 settembre 2023;
udita la relazione svolta nella camera di consiglio del 2 aprile 2026 dal
Consigliere Giuseppe Cricenti:

FATTI DI CAUSA

1.- [REDACTED] iperteso e già operato di *bypass* nel 2001, il 6 aprile
2011 si è recato presso [REDACTED] [REDACTED] per sintomi neurologici
(parestesie, vertigini, cefalea). Dopo una notte in astanteria è stato
trasferito in Ematologia e poi in Terza Medicina, dove è stato adagiato su
una barella davanti al bagno. Nella notte dell'8 aprile 2011, nonostante un
malore alle ore 2:00, è stato visitato con ritardo. Il 9 aprile 2011, ha chiesto
di essere trasferito al Policlinico [REDACTED] dove è stato ricoverato
d'urgenza e sottoposto a gastroscopia. Durante l'esame è però andato in
arresto cardiaco ed è stato trasferito in rianimazione, in coma profondo con
polmonite *ab ingestis*. Il 9 giugno 2011 veniva trasferito alla [REDACTED] di
[REDACTED] con diagnosi di "pregresso stato di coma, tetraparesi, cannula
tracheostomica, lesioni ischemiche talamiche e cerebellari bilaterali". Il 25



agosto 2011 ha subito un arresto cardiocircolatorio. Dimesso il 29 settembre 2011, è deceduto undici giorni dopo.

2.- Gli eredi, [REDACTED] e [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] e [REDACTED] in proprio e quali eredi di [REDACTED] con atto di citazione del 20 maggio 2013, hanno convenuto in giudizio l'Azienda Ospedaliera [REDACTED] l'Azienda Ospedaliera [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] [REDACTED] - [REDACTED] -.

3.- [REDACTED] [REDACTED] si è costituita in giudizio ottenendo di chiamare in causa la propria compagnia assicuratrice [REDACTED] [REDACTED] (poi divenuta [REDACTED] che, a sua volta, si è costituita sollevando eccezioni in ordine all'operatività della polizza.

Disposta consulenza tecnica d'ufficio medico-legale, con sentenza n. 7075/2020 il Tribunale di Napoli ha accolto le domande degli attori nei confronti dell'Azienda Ospedaliera [REDACTED] [REDACTED] condannandola a risarcire loro il danno, sia *iure proprio* che *iure hereditatis*. Ha invece rigettato le domande nei confronti [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] [REDACTED] Ha poi accolto la domanda [REDACTED] [REDACTED] nei confronti di [REDACTED] condannando quest'ultima al pagamento diretto agli attori ai sensi dell'art. 1917, comma 2, c.c.

4.- Hanno presentato contrapposti appelli sia [REDACTED] [REDACTED] che [REDACTED] [REDACTED]

Con sentenza n. 3797/2023 dell'11 settembre 2023, la Corte d'Appello di Napoli, dopo aver disposto la riunione delle impugnazioni, ha rigettato integralmente i gravami, confermando la pronuncia di primo grado.

In particolare, la Corte d'Appello ha confermato la responsabilità [REDACTED] [REDACTED] sotto il profilo dell'*an debeatur*, ritenendo che i sanitari avessero deciso di eseguire in via di urgenza un esame che poteva essere rimandato e di proseguirlo quando era ormai chiaro che non potesse essere visualizzato quanto ricercato; ha confermato il nesso causale tra la condotta dei sanitari dell'8 aprile 2011 e l'*exitus* dell'ottobre 2011, applicando lo



standard probatorio del "più probabile che non"; ha confermato la liquidazione del danno operata dal Tribunale, ritenendo corretta l'applicazione delle tabelle milanesi del 2018 e orientata verso i minimi la quantificazione del danno da perdita del rapporto parentale.

5.- Hanno proposto ricorso principale l'Azienda Ospedaliera con quattro motivi di ricorso e [REDACTED] con due motivi di ricorso.

Hanno poi notificato controricorso l'Azienda Ospedaliera nei confronti del ricorso di [REDACTED] quest'ultima nei confronti del ricorso dell'Azienda Ospedaliera, nonché gli eredi nei confronti dell'Azienda.

RAGIONI DELLA DECISIONE

1.- In via preliminare i controricorrenti eredi eccepiscono l'improcedibilità del ricorso per omesso deposito della copia della sentenza impugnata, che invece risulta depositata nella forma autenticata.

Il ricorso dell'Azienda Ospedaliera

2.- Il primo motivo prospetta violazione degli articoli 2697 e 2699 c.c.

2.1 - La ricorrente sostiene che il giudice d'appello è incorso nello stesso errore del giudice di primo grado, in quanto si è servito di elementi consistenti nelle dichiarazioni assunte autonomamente dal CTU e volte a contrastare il contenuto della cartella clinica.

In particolare, il CTU ha ritenuto "palesamente inattendibile" quanto riportato in cartella clinica dai sanitari, avvalendosi della dichiarazione dell'avv. [REDACTED] (il difensore delle parenti del deceduto), raccolta dallo stesso CTU in sede di operazioni peritali, nella quale il legale ha affermato che nessuna domanda in ordine alla durata del digiuno era stata posta dai sanitari.

La ricorrente richiama la giurisprudenza consolidata per cui le attestazioni contenute in una cartella clinica redatta da un'azienda ospedaliera pubblica o da un ente convenzionato con il servizio sanitario pubblico hanno natura di certificazione amministrativa, cui è applicabile lo speciale regime di cui agli artt. 2699 e segg. c.c., per quanto attiene alle sole trascrizioni delle



attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, restando invece non coperte da fede privilegiata le valutazioni, le diagnosi o le manifestazioni di scienza o di opinione - cita Cass. 25568/2011 e Cass. 27471/2011 -. La ricorrente richiama inoltre Cass. n. 31886/ 2019, per cui il CTU non può indagare d'ufficio su fatti mai ritualmente allegati dalle parti e non può acquisire di sua iniziativa la prova dei fatti costitutivi della domanda o dell'eccezione, né acquisire dalle parti o da terzi documenti che forniscano quella prova.

Afferma la ricorrente che il CTU può acquisire dai terzi soltanto la prova di fatti tecnici accessori e secondari, oppure elementi di riscontro della veridicità delle prove già prodotte dalle parti, e rimarca che tali principi non sono derogabili per ordine del giudice, né per acquiescenza delle parti; sostiene, inoltre, che il CTU, acquisendo la deposizione resa dall'avv. [REDACTED] in sede di operazioni peritali, non solo si è discostato dal perimetro dei poteri e dalle facoltà attribuiti allo stesso, ma ha finanche attribuito alla detta deposizione un valore probatorio superiore al dato documentale contenuto in una cartella clinica dotata di fede privilegiata.

Ciò comporterebbe la totale nullità delle operazioni peritali con riverbero di invalidità sulla pronuncia impugnata.

2.2.- Il motivo è inammissibile.

La sentenza impugnata su questa questione ha una precisa *ratio decidendi*, nel senso che, contrariamente a quanto assunto dalla ricorrente, il CTU non ha di sua iniziativa ampliato il tema della indagine a lui devoluta servendosi di dichiarazioni fatte dall'avvocato delle attrici. Ed infatti, la sentenza così afferma la sua *ratio*: << *Orbene, osserva il Collegio come, in sede di operazioni peritali, non siano stati in alcun modo introdotti nuovi temi di indagine. Le interlocuzioni e la discussione tra i legali delle parti e l'ausiliario del Tribunale hanno avuto ad oggetto esclusivamente circostanze già ritualmente dedotte ed allegate*>> (p. 14 della sentenza).



Dunque, la sentenza accerta un fatto: che il CTU non ha esorbitato dai suoi compiti e non ha accertato fatti non rientranti nel suo tema di indagine. A questo accertamento la ricorrente contrappone il proprio, di segno contrario, ossia che invece il CTU abbia introdotto fatti nuovi.

Ad abundantiam, poi, è identificabile un ulteriore motivo di inammissibilità: l'eventuale violazione commessa dal CTU non è stata mai o tempestivamente dedotta dall'azienda ospedaliera in sede di osservazioni alla CTU (cfr. anche p. 14 della sentenza impugnata).

3.- Il secondo motivo prospetta violazione degli articoli 1227, 2059, 2697 c.c. e 41 c.p.

3.1.- La ricorrente sostiene che la Corte d'Appello non ha tenuto in considerazione che il *de cuius*, prima del ricovero presso il nosocomio federiciano, era già affetto da gravissime patologie cardiache e respiratorie, e richiama la giurisprudenza per cui, qualora la produzione di un evento dannoso possa apparire riconducibile alla concomitanza della condotta del sanitario e del fattore naturale rappresentato dalla pregressa situazione patologica del danneggiato, il giudice deve accertare sul piano della causalità materiale l'efficienza eziologica della condotta rispetto all'evento in applicazione della regola di cui all'art. 41 c.p. (secondo cui il concorso di cause preesistenti, simultanee o sopravvenute non esclude il rapporto di causalità), per poi procedere alla valutazione della diversa efficienza delle varie concause sul piano della causalità giuridica, onde ascrivere all'autore della condotta un obbligo risarcitorio che non comprenda anche le conseguenze dannose non riconducibili sotto il profilo causale all'evento di danno, bensì determinate dal fortuito.

La ricorrente asserisce che, invece, il metodo della decisione impugnata è affetto da macroscopico errore logico ed ha prodotto una stima falsata, anche sul *quantum*, giacché in ipotesi invero avvenuta mesi prima e non certo coerente con il quadro clinico di un paziente che, dopo aver lasciato il



nosocomio federiciano, ha subito ulteriori infarti in un quadro clinico molto compromesso.

Inoltre, la ricorrente deduce che il danno non patrimoniale non può essere liquidato *in re ipsa*, in quanto non coincide con la lesione dell'interesse e come tale deve essere allegato e provato da chi chiede il relativo risarcimento.

La ricorrente lamenta, infine, che la Corte territoriale, pur rilevando la mancanza di prova del rapporto di convivenza alla data del decesso con i figli, non ne ha tratto le conseguenze sull'ammontare della liquidazione. Il che rileva anche quale difetto di motivazione, che risulta dunque come meramente apparente.

3.2. - Il motivo è privo di consistenza, pur presentando più censure.

La prima è di violazione delle regole in tema di nesso causale, ed in particolare delle regole sulle concause. Secondo la ricorrente sarebbero state influenti, e il giudice d'appello avrebbe dovuto tenerne conto, perlomeno in sede di quantificazione.

Ma questa censura – che siano state violate le regole in tema di rilevanza delle concause – presuppone un determinato accertamento dei fatti: che le concause abbiano avuto influenza, o meglio che sull'evento abbiano agito anche cause diverse dalla condotta della Azienda ospedaliera. Solo in tal caso delle concause occorre tener conto.

Invece, tale presupposto di fatto (il ruolo delle concause) è negato dalla sentenza impugnata: << *Ebbene, le condotte dei sanitari della struttura [redacted] non determinano alcun "degrado" dei fattori precedenti, in ordine all'efficienza causale*>> (p. 16 della sentenza), che dunque ancora afferma: << *Le gravi patologie di origine neurologica, che hanno colpito il sig. [redacted] sono conseguenza diretta degli incongrui comportamenti tenuti dai sanitari dell'Azienda [redacted] in data 8 Aprile 2011*>> (p. 15).

In altri termini, una violazione delle regole sul rilievo delle concause presuppone l'accertamento (in fatto) che delle concause vi siano state. Per



contro, il giudice di merito ha accertato che non hanno avuto rilievo, e tale accertamento qui non è censurabile se non per difetto di motivazione.

In parte tale difetto è censurato dalla ricorrente, che assume come apparente la motivazione resa sul punto. Ma questa censura è infondata, poiché la motivazione apparente è quella non inerente al caso concreto, meramente astratta, non pertinente alla fattispecie. Qui la decisione impugnata fa proprie le conclusioni e le motivazioni della CTU e dunque deve escludersi che abbia motivato apparentemente.

Fermo restando che, esclusa la rilevanza delle concause (con accertamento in fatto, si ripete, qui non censurabile) quanto alla produzione dell'evento, risulta dalla sentenza impugnata che la precedente comorbidità del paziente è stata tenuta in considerazione, a differenza di quanto affermato dalla ricorrente, ai fini del risarcimento: *<<altresì il Giudice Monocratico di Napoli ha esplicitamente anche tenuto conto – ai fini della quantificazione del danno – delle comorbidità (pregresse rispetto agli eventi dell'8 Aprile 2011) da cui era affetto il paziente>>* (p. 17 della sentenza).

V'è poi la censura relativa alla liquidazione del danno. Va tenuto in conto, preliminarmente, che altro è il danno *in re ipsa*, ossia dovuto alla mera lesione dell'interesse leso, ed a prescindere dalle conseguenze dannose, altro invece è il danno presunto, in cui le conseguenze dannose (necessarie perché possa ammettersi risarcimento) possono dedursi dalla perdita del congiunto alla luce del seguente principio di diritto: *<<L'uccisione di una persona fa presumere da sola, ex art. 2727 c.c., una conseguente sofferenza morale in capo ai genitori, al coniuge, ai figli o ai fratelli della vittima, a nulla rilevando né che la vittima ed il superstite non convivessero, né che fossero distanti (circostanze, queste ultime, le quali potranno essere valutate ai fini del "quantum debeatur"); in tal caso, grava sul convenuto l'onere di provare che vittima e superstite fossero tra loro indifferenti o in odio, e che di conseguenza la morte della prima non abbia causato*



pregiudizi non patrimoniali di sorta al secondo>> (Cass. 22397/2022; Cass. 25541/2022; Cass. 5769/2024).

Dunque, il danno si presume, e l'assenza di convivenza può semmai rilevare sul piano della quantificazione. Circostanza, questa, tenuta tuttavia in conto dai giudici di merito: << *Infatti – ha argomentato il Tribunale – non può riconoscersi l'incremento per la convivenza, in difetto di prova della convivenza medesima*>> (p. 16 della sentenza).

4.- Con il quarto motivo si prospetta violazione degli articoli 91 e 92 c.p.c. La ricorrente deduce la violazione e falsa applicazione degli art. 91 e 92 c.p.c., nonché la violazione dell'obbligo di motivazione ex art. 111 Cost., comma 6, per avere la Corte di Appello individuato la sussistenza di gravi ed eccezionali ragioni a favore della parziale compensazione delle spese del grado in misura della metà nel giudizio di appello R.G. n. 4303/2020 tra le parti [REDACTED] (soccombente) e la [REDACTED] in violazione del principio della soccombenza.

La Corte di Appello ha individuato le "gravi ed eccezionali ragioni" nella circostanza che, nelle more dell'appello, [REDACTED] aveva provveduto ad erogare in favore delle parti danneggiate le somme dovute in esecuzione della sentenza di prime cure.

La ricorrente sostiene che l'erogazione delle somme era avvenuta in esecuzione spontanea della sentenza per evitare ulteriori spese, che non potevano non ricadere a carico di [REDACTED] in quanto quest'ultima è stata condannata al pagamento diretto.

La ricorrente richiama la giurisprudenza per cui ricorrono gravi ed eccezionali ragioni ai sensi dell'art. 92, comma 2, c.p.c. quando la decisione sia stata assunta in base ad atti o argomentazioni esposti solo in sede contenziosa, a fronte della novità o dell'oggettiva incertezza delle questioni di fatto o di diritto rilevanti nel caso specifico, ovvero dell'assenza di un orientamento univoco o consolidato all'epoca della insorgenza della controversia, in presenza di modifiche normative o pronunce della Corte



Costituzionale o della Corte di Giustizia dell'Unione Europea intervenute dopo l'inizio del giudizio sulla materia.

La ricorrente qualifica manifesto errore l'aver fatto riferimento all'adempimento spontaneo a beneficio dei creditori stabiliti nella pronuncia, rispetto ai quali l'odierna ricorrente è certamente estranea.

5.- Il quinto motivo prospetta violazione degli articoli 91 e 92 c.p.c.

La ricorrente deduce che la Corte di Appello, pur avendo presupposto la soccombenza dell'appellante [REDACTED] ha compensato le spese, in misura della metà, nei confronti della [REDACTED] individuando la presenza delle ragioni di gravità ed eccezionalità (esecuzione spontanea della sentenza di condanna da parte di [REDACTED] [REDACTED] non normativamente previste.

La ricorrente richiama la sentenza della Corte Costituzionale n. 77 del 19 aprile 2018, che ha dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 92, comma 2, c.p.c. nella parte in cui non consente, nelle ipotesi di soccombenza totale, di compensare parzialmente o per intero le spese di lite anche ove ricorrano gravi ed eccezionali ragioni, diverse da quelle tipizzate dal legislatore.

Poiché gli effetti della pronuncia di incostituzionalità retroagiscono fino al momento dell'introduzione nell'ordinamento della norma dichiarata illegittima, la valutazione della sussistenza del vizio denunciato con il ricorso deve essere espletata con riferimento alla situazione normativa determinata dalla pronuncia di incostituzionalità.

6.- I due motivi, evidentemente vagliabili in modalità unitaria, sono infondati.

La compensazione per gravi ed eccezionali motivi è censurabile quando la motivazione sia illogica o erronea (Cass. 9977/2019), ma tenendo in conto che <<il sindacato di legittimità sulla pronuncia di compensazione ... consiste, come affermato dalla Corte costituzionale (sent. n.157 del 2014), in una verifica "in negativo" in ragione della "elasticità" costituzionalmente



necessaria che caratterizza il potere giudiziale di compensazione delle spese di lite, "non essendo indefettibilmente coessenziale alla tutela giurisdizionale la ripetizione di dette spese" in favore della parte vittoriosa>> (Cass. 21400/2021).

Ciò rilevato, non si può affermare che la ragione che ha imposto la compensazione parziale sia nel caso in esame illogica o erronea, essendo motivata dalla circostanza che la compagnia ha nelle more del giudizio corrisposto il dovuto.

Il ricorso di [REDACTED]

7.1.- Il primo motivo prospetta violazione degli articoli 1892 c.c. in relazione all'art. 360, comma 1, n. 3 c.p.c., nonché artt. 112, 113, 115, 116, 132, 277, 279 comma 2 e 345 comma 2 c.p.c. e artt. 1218, 1362, 1363, 1365, 1917, 2907 e 2697 c.c.

La ricorrente lamenta in particolare l'errata applicazione dell'art. 1892 c.c. in tema di dichiarazioni inesatte e reticenti, con dolo o colpa grave. Sostiene che la Corte di Appello ha errato nel ritenere insussistente il comportamento reticente [REDACTED] [REDACTED] al momento della stipula della polizza.

Gli argomenti a sostegno di questo motivo sono i seguenti.

La polizza, all'art. 18, conteneva una dichiarazione esplicita dell'assicurato: *"Agli effetti di quanto disposto dagli artt. 1982, 1983 e 1984 del Codice Civile l'Assicurato dichiara, e la Società ne prende atto, di non essere a conoscenza di fatti e circostanze che possano dare luogo a richieste di risarcimento di danni risarcibili ai sensi della presente assicurazione"*. Questa clausola, assimilabile a un questionario, evidenziava l'importanza attribuita dall'assicuratore a tale informazione.

La Corte territoriale ha erroneamente legato la reticenza alla ricezione di una formale richiesta di risarcimento o alla piena contezza di una responsabilità penale. La ricorrente, richiamando la giurisprudenza di questa Suprema Corte (sentenze n. 20997/23 e n. 11/10), sostiene che l'obbligo di dichiarazione non riguarda la notizia della richiesta di



risarcimento, ma la conoscenza di "fatti e circostanze che possano dare luogo a richieste di risarcimento". Il presupposto per l'applicazione dell'art. 1892 c.c. è la prevedibilità dell'effetto (l'azione del terzo), non il silenzio sulla causa (la richiesta di risarcimento).

Infine, sostiene la ricorrente che al momento della stipula – in data 1 agosto 2012 -, [REDACTED] [REDACTED] non poteva non essere a conoscenza di elementi che rendevano altamente probabile una futura richiesta di risarcimento, quali: la particolare gravità dell'evento occorso al *de cuius* (arresto cardiaco in corso di esame, coma e successivo decesso); l'apertura di un procedimento penale (n.r.g. GIP 29166/12), che rendeva verosimile la richiesta della cartella clinica da parte della Procura e quindi la conoscenza interna dell'indagine; l'ordinaria diligenza esigibile da una struttura ospedaliera, che impone di monitorare eventi avversi di tale portata.

7.2.- Il motivo è inammissibile.

Esso postula che l'errore giuridico (violazione delle norme e delle clausole contrattuali) dipenda da un errore sul fatto. Ossia, postula che data la conoscenza o conoscibilità che l'assicurato poteva avere della probabilità di azione nei suoi confronti, l'assicurato avesse l'obbligo di informarne l'assicurazione; ma tale obbligo dipende dall'accertamento di quella conoscenza, ossia dipende dal fatto di ritenere provato che l'Azienda Ospedaliera sapesse o dovesse sapere; se invece si ritiene non provato che sapesse, allora ne deriva che correttamente è stato escluso il suo obbligo di avvisare l'assicurazione.

Ciò detto, dunque, la sentenza impugnata ha escluso che l'Azienda potesse conoscere fatti (processo penale avviato contro ignoti, intenzione di muovere causa) dai quali derivava l'onere di avvisare la compagnia di assicurazione (p. 18 della sentenza).

Questo accertamento in fatto qui non è contestabile, ed è il presupposto della censura di violazione di legge. Fermo restando dunque quel fatto (l'Azienda non aveva conoscenza di elementi che potessero far prevedere



un'azione), è esclusa la violazione d legge, poiché sulla base di quel fatto correttamente è stato escluso che l'Azienda sia stata reticente.

8.1. - Il secondo motivo prospetta violazione, degli artt. 2967 e 2709 c.c. nonché degli artt. 112, 113, 115, 116, 277, 279, comma 2, e 345 comma 2 c.p.c., 1218, 1362, 1363 1365, 1366 e 1917 c.c., e dell'art. 12 della polizza assicurativa.

La ricorrente contesta la decisione della Corte di Appello laddove ha ritenuto inapplicabile la franchigia aggregata di € 1.000.000 e ha erroneamente invertito l'onere della prova circa la sua erosione.

Gli argomenti a sostegno sono i seguenti.

La Corte territoriale ha sostenuto che la franchigia si riferisse solo ai sinistri verificatisi durante la copertura e non a quelli in retroattività. La ricorrente smentisce tale interpretazione citando testualmente gli articoli della polizza, ed in particolare, l'art. 12, "Franchigia e Procedura Gestione Sinistri", che prevede una franchigia annua di € 1.000.000 per i sinistri di *malpractice* medica, senza alcuna esclusione per i sinistri in retroattività; l'art. 18, che stabilisce l'operatività della polizza per le richieste presentate durante il periodo di validità, anche per fatti colposi avvenuti nei cinque anni precedenti. Quest'ultimo articolo non contiene alcuna deroga all'applicazione della franchigia di cui all'art. 12, con la conseguenza che l'interpretazione della Corte territoriale risulta priva di riscontro nel testo contrattuale.

Inoltre, la ricorrente eccepisce l'errata ripartizione dell'onere della prova. Il giudice d'appello ha affermato che era onere della compagnia assicuratrice provare il superamento del massimale. La ricorrente chiarisce che la franchigia aggregata ha una funzione diversa dal massimale. Come affermato dalla giurisprudenza (Cass. n. 30524/2019), l'erosione della franchigia non è un fatto che riduce l'obbligo dell'assicuratore, ma un fatto costitutivo del diritto dell'assicurato a ottenere la garanzia. Pertanto, l'onere



di provare l'avvenuto superamento della franchigia grava sull'assicurato – qui, [REDACTED] [REDACTED] - che chiede la manleva.

Osserva poi la ricorrente che l'affermazione dell'assicuratore di inoperatività della polizza per mancata erosione della franchigia non è un'eccezione in senso proprio, ma una mera contestazione della mancanza di prova di un fatto costitutivo della domanda dell'assicurato. Tale contestazione non inverte l'onere probatorio, che rimane a carico di chi agisce per l'adempimento del contratto (art. 2697 c.c.).

Lo stesso art. 12 della polizza, descrivendo il meccanismo di gestione della franchigia, pone implicitamente l'onere a carico dell'assicurato, prevedendo che questi istituisca un apposito fondo in bilancio, e che, solo "esaurito su base annua l'importo delle franchigie, resta a carico della Società ogni ulteriore esborso".

Di conseguenza, non avendo [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] fornito alcuna prova dell'erosione della franchigia, la domanda di manleva avrebbe dovuto essere rigettata.

8.2.- Il motivo è infondato.

La censura è duplice, ma l'una è subordinata all'altra.

La prima verte sull'applicazione o meno della franchigia; la seconda, che presuppone risolto in senso affermativo tale questione, verte su chi debba provare se la franchigia sia stata superata.

La prima censura è infondata e ciò rende di conseguenza infondata la seconda.

Ed infatti, la ricorrente pretende di ricavare dal combinato disposto delle due clausole (12 e 18) la regola per cui la franchigia si applica anche ai sinistri dei cinque anni precedenti, come nel caso presente.

Ma, intanto, la clausola *claims made*, quella sulla copertura retroattiva, segue quella sulla franchigia e non la richiama; e soprattutto essa prevede una propria limitazione della copertura per i soli sinistri RCT (dunque non quelli di responsabilità sanitaria).



Soprattutto, poi, vista la non chiara formulazione di entrambe le clausole, vale la seguente regola: << Le clausole di polizza, che delimitino il rischio assicurato, ove inserite in condizioni generali su modulo predisposto dall'assicuratore, sono soggette al criterio ermeneutico posto dall'art. 1370 cod. civ., e, pertanto, nel dubbio, devono essere intese in senso sfavorevole all'assicuratore medesimo.>> (Cass. 866/2008).

9.- Il terzo motivo denuncia violazione degli articoli 91 e 92 c.p.c.

Questo motivo è una conseguenza diretta dell'accoglimento dei primi due. La ricorrente sostiene che, qualora la Corte di Appello avesse correttamente applicato i principi di diritto in materia di reticenza e onere della prova, avrebbe dovuto accogliere il suo gravame e, di conseguenza, condannare [REDACTED] al pagamento delle spese di entrambi i gradi di giudizio.

Si tratta evidentemente di un <<non motivo>> che presuppone una ipotesi (accoglimento della domanda) che non si è verificata.

10. - Vanno dunque rigettati entrambi i ricorsi ed è equo compensare le spese tra i due ricorrenti. Vanno però poste a carico dell'Azienda ospedaliera le spese, come liquidate in dispositivo, a favore delle controricorrenti originarie attrici – delle quali, oltre che di [REDACTED] inoltre si dispone l'oscuramento dei dati identificativi sussistendone i presupposti di legge - per evidente soccombenza.

Ai sensi dell'art. 13 comma 1 quater d.p.r. n. 115/2002, si dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte del ricorrente principale e del ricorrente incidentale, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello per il ricorso principale e per il ricorso incidentale, a norma del comma 1-bis dello stesso articolo 13, se dovuto.

P.Q.M.

rigetta il ricorso principale e il ricorso incidentale; compensa le spese processuali tra Azienda Ospedaliera [REDACTED] e [REDACTED]



condanna la ricorrente principale Azienda Ospedaliera [REDACTED] [REDACTED] a rifondere alle controricorrenti [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] le spese del giudizio di legittimità, che liquida in Euro 14000 per compensi, oltre agli esborsi liquidati in Euro 200, alle spese forfettarie nella misura del 15 per cento e agli accessori di legge. Ai sensi dell'art. 13 comma 1 quater d.p.r. n. 115/2002, dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte del ricorrente principale e del ricorrente incidentale, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello per il ricorso principale e per il ricorso incidentale, a norma del comma 1-bis dello stesso articolo 13, se dovuto. Dispone l'oscuramento dei dati identificativi di [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] nonché di [REDACTED] [REDACTED]

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio del 2 aprile 2026

Il Presidente
Chiara Graziosi

