

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:

SENTENZA

nel processo civile d'appello iscritto al n. 144/2019 del ruolo generale degli affari contenziosi, avverso la sentenza n. 10587/2018, pronunciata dal Tribunale di Napoli, pubblicata in data 6.12.2018, assunto in decisione con ordinanza comunicata alle parti in data 14/06/2023, pendente

TRA

BH, in persona del procuratore avv. A.M., rappresentata e difesa dall'Avv. R. M. (C.F.), come da procura apposta su foglio separato da intendersi in calce all'atto di appello;

APPELLANTE

P.S. dei C. R. M. degli Infermi Presidio Ospedaliero S M. della P. C. (Partita Iva), in persona del legale rapp.te p.t., Padre R. M., rappresentata e difesa dagli Avv.ti G.P. (C.F.) ed A.S. (C.F.), come da procura apposta su foglio separato da intendersi in calce alla comparsa di costituzione;

APPELLATA

NONCHE'

A. A. (C.F.), rappresentata e difesa dall'avv. F. F. S. (C.F.), come da procura apposta su foglio separato da intendersi in calce alla comparsa di costituzione;

APPELLATA

E

ASL N. 1 Centro (C.F.), in persona del legale rapp.te p.t., rappresentata e difesa dagli avvocati A. D. N. ed A. V., in virtù di procura apposta su foglio separato da intendersi in calce alla comparsa di costituzione;

APPELLATA

E

dott. I. P. (C.F.), dott. M. A. (C.F.), U. Assicurazioni S.p.A., (C.F. e P.IVA n.), HDI G. Industrie V. AG (C.F.);

APPELLATI CONTUMACI

Oggetto: responsabilità professionale sanitaria; assicurazione della responsabilità civile.

Conclusioni: l'appellante, B., così concludeva: "a) dichiarare che la Provincia S. ha diritto di essere garantita da B. in relazione ai fatti per cui è causa, esclusivamente secondo quanto previsto da tutte le condizioni della polizza N. .. e dunque, tenuto conto ed in applicazione ANCHE della franchigia aggregata annuale pari ad €. 500.000,00 di cui all'art 16 Prospetto della polizza N... (pag 18/20) che non risulta provato dall'assicurata ai sensi dell'art 2697 cc essere stata erosa e che pertanto opera in relazione a tale sinistro fino alla sua completa erosione, unitamente ed in aggiunta alla franchigia per ogni e ciascun sinistro del 20% con un minimo di €. 50.000,00 (quest'ultima già correttamente riconosciuta dal Tribunale di cui all'art 15 del Prospetto della polizza N... (pag 18/20)) e che pure dovrà essere detratta dalle somme complessivamente dovute dalla Società in favore della Provincia S., se ed in quanto effettivamente dovute;

di conseguenza, la B. POTRA' rispondere in manleva esclusivamente delle somme (sempreché ve ne siano) eccedenti l'importo di entrambe le franchigie previste in polizza (di cui all'art 15 e 16 pag. 18/20) che andranno poste direttamente ed a esclusivo carico della Provincia S.;

b) dichiarare che la domanda di garanzia avanzata dalla Provincia S. nei confronti di B. in relazione ai fatti per cui è causa, erroneamente accolta dal Tribunale, sebbene parzialmente, è da ritenersi totalmente inammissibile ed infondata, risultando l'importo

complessivamente dovuto dalla Provincia e liquidato in sentenza notevolmente inferiore a quello di €. 500.000,00(cinquecentomila/00) corrispondente alla franchigia aggregata annua che è posta ad esclusivo carico dell'Assicurata di cui non risulta provata ad opera dell'assicurata ex art 2697 cc la avvenuta erosione, non avendo la appellata Provincia S., a carico della quale gravava il relativo onere probatorio ai sensi dell'art. 2697 cod. civ., provveduto né contestare ex art 115 cpc tale circostanza e tantomeno a fornire specifica dimostrazione posta a suo carico ex art 2697 cc , circa la avvenuta erogazione, da parte della stessa, di una somma (almeno) pari ad €. 500.000,00 (euro cinquecentomila/00), a titolo di risarcimento danni, per l'anno 2013 - 2014, sulla polizza cui il sinistro per cui è causa è riferito e dunque della avvenuta completa erosione, potendo la Società rispondere solo di quanto eventualmente dovuto in eccedenza di entrambe le franchigie di polizza, in caso di totale avvenuta erosione;

c) conseguentemente rigettare integralmente la domanda di garanzia proposta nel giudizio primo grado dalla Provincia S. dell'Ordine dei C.R.M. degli Infermi, ingiustamente accolta dal Tribunale, poiché inammissibile ed infondata, stante la mancata prova della avvenuta erosione della franchigia aggregata annuale prevista in polizza di 500.000,00 euro, da detrarsi

sull'importo complessivo dovuto alla Provincia, (al netto dell'importo dovuto in ragione della franchigia di 50.000.00 euro per ciascun sinistro, già correttamente riconosciuta dal Tribunale) da porsi ad esclusivo carico dell'assicurata;

d) rigettare la richiesta di rifusione di spese legali, erroneamente accolta in primo grado in favore della Provincia;

e) in accoglimento del presente gravame ed in conseguenza del totale rigetto della domanda di garanzia formulata in primo grado nei confronti dell'appellante Società, condannare esclusivamente la Provincia e non anche la Società, nemmeno parzialmente, al pagamento di tutto quanto dovuto alla sig.ra A.;

f) condannare la Provincia Sicula al pagamento delle spese del doppio grado di giudizio, in favore dell'appellante Società, in virtù della pronuncia soccombenza .. l'appellante Società, in virtù dell'accoglimento del presente gravame sin da ora chiede la condanna al rimborso/restituzione da parte della Provincia di tutte le somme sborsate per suo conto e non dovute, in favore della sig.ra A.A. e dell'avvocato S.”;

l'appellata, Provincia S., concludeva come segue: “i procuratori costituiti per la Provincia S. si riportano a tutte le richieste, difese, eccezioni e conclusioni formulate in comparsa di costituzione e risposta, che qui abbiansi per ripetute e trascritte, di cui si chiede l'integrale accoglimento, con vittoria di spese e competenze del giudizio, con attribuzione ai procuratori antistatari”;

l'appellata, A.A., concludeva come segue: “si chiede la conferma della sentenza di I grado con vittoria di spese, diritti ed onorari del presente giudizio con attribuzione”.

#### RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

##### § 1.

Con la sentenza in epigrafe indicata, il Tribunale di Napoli accogliendo, per quanto di ragione, la domanda che A.A. aveva proposto, con atto di citazione notificato in data ... , nei confronti del dott. M.A. e dell'Azienda Sanitaria Locale NA 1 Centro, per ottenere il risarcimento dei danni alla persona che assumeva di avere sofferto a causa dell'inadeguata assistenza prestatale in occasione di un intervento chirurgico di tiroidectomia totale cui si era sottoposta in data ... presso l'Ospedale dei P. di N., nonché dell'ulteriore domanda che la stessa attrice, a seguito dell'estensione del contraddittorio disposta iussu iudicis, dopo l'espletamento della CTU, aveva formulato anche nei confronti del Presidio Ospedaliero S.M.P.C. e del dott. I.P., rispettivamente struttura sanitaria e medico presso la quale e ad opera del quale era stata eseguito, alla paziente, un secondo intervento chirurgico di aritenoidectomia al laser CO2, nonché un intervento di plastica del tracheostoma, così provvedeva: “.. accoglie nei limiti di cui in parte motiva le domande proposte da A.A. e, per l'effetto, dichiara la responsabilità solidale della A.S.L. N. 1 Centro, di M. A. , nonché dei chiamati in causa I.P. e della Provincia S. dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi, nella produzione del sinistro oggetto di causa .. per l'effetto condanna in solido l'A.S.L. N. 1 Centro e M.A., nonché i chiamati in causa I.P. e la

Provincia S. dei C.R.M. degli Infermi, al pagamento in favore di A.A., del complessivo importo di euro 127.826,00, a titolo di risarcimento del danno”.

Per quanto rileva ai fini in esame, inoltre, il Tribunale, nel pronunciare sulla domanda di manleva che la Provincia S. dell’Ordine dei C.R.M degli Infermi, ente religioso titolare del P.O. S. M. della P. di C., aveva proposto nei confronti della compagnia, B., da essa chiamata in causa, così decideva: “condanna quest’ultima, previa detrazione della franchigia pari alla misura minima di euro 50000,00 per sinistro, a tenere indenne l’assicurata di tutte le somme che la stessa sarà tenuta a corrispondere all’attrice in esecuzione della presente sentenza ed a qualsivoglia titolo (ivi comprese le spese legali e della consulenza tecnica d’ufficio)”.

Avverso la sentenza de qua, notificata ai fini della decorrenza del termine breve di cui all’art. 325 c.p.c. in data ..., la B. interponeva appello, limitatamente al capo relativo alla pronuncia sulla domanda di manleva, con atto tempestivamente notificato a tutte le parti del giudizio di primo grado in data ....

Nella contumacia di I.P., M.A., U. Assicurazioni S.p.A., HDI G. Industrie V. AG, queste ultime in primo grado chiamate in causa a fini di manleva da M. A. e la U. anche da I.P., si costituivano l’ASL N. 1 Centro ed A.A., rilevando la rispettiva estraneità al capo di sentenza oggetto di appello.

Si costituiva, altresì, la Provincia S., resistendo all’appello e sollecitandone il rigetto.

L’udienza di precisazione delle conclusioni, da ultimo fissata per il ....., veniva sostituita, ai sensi dell’art. 127 ter c.p.c., con il deposito di note scritte e, all’esito, la causa era trattenuta in decisione, con ordinanza comunicata il ....., previa concessione alle parti dei termini di cui all’art. 190 c.p.c., l’ultimo dei quali è scaduto il ....

Depositati dalle parti gli scritti finali, il fascicolo veniva rimesso al Collegio per la decisione.

§ 4.

Il Giudice di primo grado, nel pronunciare sulla domanda di manleva che la Provincia S. aveva proposto nei confronti dell’odierna appellante, osservava testualmente che: “Va, invece, accolta la domanda di garanzia proposta dalla Provincia S. dell’Ordine dei C.R.M. degli Infermi nei riguardi della chiamata in causa B.H., sebbene previa applicazione della franchigia contrattualmente pattuita. Ciò alla luce dell’assenza di contestazioni inerenti l’operatività della garanzia assicurativa In ragione di ciò la predetta compagnia va condannata, previa applicazione della franchigia pari alla misura minima di euro 50000,00 per sinistro, a tenere indenne l’assicurata di tutte le somme che la stessa sarà tenuta a corrispondere all’attrice in esecuzione della presente sentenza ed a qualsivoglia titolo (ivi comprese le spese legali e della consulenza tecnica d’ufficio)”.

§ 5.

Con un unico motivo, la B. impugnava il richiamato capo di sentenza, deducendo che erroneamente il Tribunale aveva totalmente ommesso di pronunciarsi sull’applicazione della

franchigia aggregata annuale di 500.000,00 euro, da essa ritualmente eccepita sin dalla comparsa di costituzione. Invero, il primo Giudice, nell'accogliere la domanda di manleva, si era limitato a detrarre la sola franchigia di 50.000,00 euro per sinistro, omettendo, invece, di applicare anche la franchigia aggregata annuale di 500.000,00 euro contemplata dalla polizza, sebbene, in primo grado, l'operatività della relativa pattuizione negoziale fosse stata puntualmente documentata e non avesse costituito oggetto di contestazione da parte dell'assicurata.

Del resto, gravava sulla Provincia S., attrice in relazione alla domanda di manleva, dimostrare l'avvenuta erogazione, per l'annualità 2013, di liquidazioni fino alla concorrenza del menzionato importo di franchigia. Siccome tale prova non era stata offerta e considerato che l'importo liquidato in sentenza, in favore della danneggiata, era notevolmente inferiore a quello di euro 500.000,00, corrispondente alla franchigia aggregata annua, il Giudice avrebbe dovuto rigettare la domanda di manleva.

§ 6.

L'appello è fondato.

Costituendosi nel giudizio di primo grado, la B., pur ammettendo l'esistenza della polizza assicurativa n ..., con effetto dall'... all'..., deduceva, in maniera specifica, che la garanzia era prestata con assunzione, da parte dell'assicurata, dell'importo delle due franchigie previste ai punti 15 e 16 del prospetto, di cui una minima, di euro 50.000,00, applicabile ad ogni richiesta di risarcimento, ed una aggregata annua di euro 500.000,00, operante sugli importi dei sinistri al netto della prima (cfr. pag. 4 della comparsa di costituzione depositata dall'odierna appellante in primo grado).

Né, in contrario, appare dirimente il fatto che, nelle conclusioni della medesima comparsa, l'impresa di assicurazione aveva espressamente chiesto che un'eventuale sua condanna fosse disposta solo per la parte eccedente la franchigia per sinistro del 20%, con un minimo di euro 50.000,00, di cui al punto 15 del prospetto di polizza.

Invero, il mancato riferimento, nelle conclusioni rassegnate dalla parte, alla franchigia aggregata annua di cui al punto 16 del prospetto, non consente di ritenere che tale questione esulasse dal thema decidendum, essendo stato, comunque, l'operare, anche della franchigia aggregata annua di euro 500.000,00, espressamente invocato nell'ambito della medesima comparsa di costituzione.

Peraltro, a conforto di quanto osservato, milita la considerazione secondo cui la questione della franchigia aggregata non integra un'eccezione in senso proprio, ma una mera difesa, come tale sottratta alle stringenti preclusioni imposte dall'art. 167 c.p.c..

In senso conforme, la Corte di Cassazione ha ritenuto che "Allorquando venga domandato l'adempimento di un contratto, non è dato distinguere - quanto alla distribuzione, fra le parti, dell'onere della prova - fra clausole generali e speciali del contratto stesso, dal momento che tutte ed inscindibilmente attengono alla delimitazione dell'oggetto di esso, il quale, se

contestato, deve essere provato unicamente dall'attore che intenda giovare degli effetti relativi e conseguenti, trattandosi di fatto costitutivo della domanda ai sensi del primo comma dell'art. 2697 cod. civ. Ciò premesso, non può, in relazione ad un contratto di assicurazione, qualificarsi come eccezione in senso proprio l'allegazione del convenuto per la quale la polizza non produca, nel caso in specie, i suoi effetti per l'essere il danno riconducibile ad una clausola contrattuale di esclusione della garanzia assicurativa, dal momento che tale difesa si sostanzia in un'eccezione in senso improprio, la quale - come tale - non può ritenersi compresa nel capoverso dell'art. 2697 cod. civ., dal momento che si risolve nella contestazione della mancanza della prova, incombente sull'attore, del fatto costitutivo della domanda” (cfr. Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 1473 del 12/02/1998).

Con specifico riguardo alla questione sottesa al gravame in esame, poi, il precedente di legittimità invocato dall'appellante, reso in relazione ad una fattispecie analoga, ha condivisibilmente ritenuto 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).

Da quanto precede discende che il primo Giudice non abbia correttamente statuito in ordine alla domanda di manleva della Provincia S., perché, nonostante il riferimento espresso all'operare della franchigia aggregata annua, operato dalla chiamata in causa impresa di assicurazione, tanto nella comparsa di costituzione, quanto negli scritti difensivi finali, si limitava a detrarre, dall'importo che l'impresa di assicurazione B. avrebbe dovuto garantire, solo la franchigia minima per ciascun sinistro di euro 50.000,00, mentre nulla disponeva in ordine alla franchigia aggregata annua.

Del resto, nessun dubbio sussiste in ordine all'operare della pattuizione negoziale invocata dall'appellante.

Infatti, in primo grado, a conforto delle proprie ragioni, l'impresa di assicurazione produceva ritualmente in atti copia della menzionata polizza assicurativa, azionata dalla Provincia S. con la domanda di manleva, contratta dall'assicurata in regime di claims made, che risultava prestata, tra le altre, a condizione che in relazione a ogni e ciascuna richiesta di risarcimento gli importi delle franchigie previste ai punti 15 e 16 del prospetto “verranno dedotti dall'importo da liquidarsi ..e rimarranno a carico della parte contraente” e che “Gli assicuratori saranno responsabili unicamente della parte dell'importo concordato che eccede” le suddette franchigie.

Il punto 15 del prospetto, a sua volta, stabiliva: “Franchigia per ogni e ciascuna richiesta di Risarcimento: Scoperto 20% con minimo pari ad EUR. 50.000”.

Il punto 16 prevedeva: “Franchigia aggregata Annuale, operante sugli importi dei sinistri al netto della franchigia per ogni e ciascuna richiesta di risarcimento di cui al precedente punto 15: EUR 500.000” (cfr. pagg. 2, 18 della polizza allegata alla produzione di primo grado dell’odierna appellante).

Né, invero, entro il maturare delle preclusioni assertive ed istruttorie, la Provincia S. aveva, rispettivamente, dedotto e documentato di avere, in relazione alla polizza operante in relazione alla richiesta di risarcimento azionata da A.A., pagato direttamente importi eccedenti la franchigia aggregata annua di euro 500.000,00.

Infatti, sul punto, alcuna specifica deduzione o offerta di prova era stata operata dall’assicurata nelle pure depositate memorie ex art. 183 co. 6 nn. 1 e 2 c.p.c. (si vedano la memoria di cui al n. 1 del predetto articolo, depositata in data ..., e quella di cui al n. 2, depositata dalla Provincia S. in data ...).

Inoltre, si deve soggiungere che a non diverse conclusioni consentono di pervenire le deduzioni difensive svolte dalla Provincia S. nella comparsa di risposta depositata in questo grado di giudizio, tese a sostenere che “nel contratto di assicurazione depositato in atti si evince chiaramente che la franchigia ordinaria e quella aggregata non sono cumulabili” e che “sia onere della compagnia di assicurazioni provare che la franchigia aggregata non sia stata erosa”.

Infatti, rispetto al primo rilievo, il tenore letterale delle clausole contrattuali dinanzi richiamate non consente di poter seriamente dubitare in merito all’operare congiunto delle due franchigie.

Quanto al secondo, si è già ampiamente chiarito che è onere dell’assicurato fornire la prova della sussistenza di tutte le condizioni che rendono operante la polizza assicurativa e, quindi, nella specie, anche dell’avvenuto superamento, per effetto di pagamenti da esso direttamente effettuati, del limite annuo di euro 500.000,00 di cui al punto 16 del prospetto.

Del resto, la prova di tale superamento nemmeno potrebbe trarsi dalla produzione documentale, che l’appellata ha operato con la comparsa conclusionale depositata in data....

Infatti, anche ad ammettere che le tre sentenze depositate dall’assicurata, essendo state pronunciate in epoca successiva al maturare delle preclusioni istruttorie, non soggiacciono al divieto di nuove prove in appello, di cui all’art. 345 co. 3 c.p.c., le stesse non provano l’assunto dell’appellata.

Si deve, al riguardo, premettere che la franchigia aggregata di euro 500.000,00 deve intendersi riferita ai sinistri coperti dalla polizza dinanzi richiamata, che ha avuto effetto nell’annualità compresa tra l’...e l’...

Quindi, per ritenere erosa la suddetta franchigia aggregata, la Provincia S. avrebbe dovuto dimostrare di avere eseguito pagamenti, eccedenti euro 500.000,00, con riferimento a sinistri potenzialmente coperti dalla polizza de qua.

Tale prova, tuttavia, non può ritenersi raggiunta alla stregua della documentazione depositata dall'appellata in quanto:

a) la sentenza n. 8412/2021 del Tribunale di Napoli riguarda una domanda di manleva, che la Provincia S. ha proposto nei confronti dell'odierna appellante sulla base di una polizza distinta da quella in esame. Si tratta, infatti, della polizza n. ..., operante per il periodo dall'... all'...;

b) anche la sentenza n. 6298/2018 del Tribunale di Napoli, afferisce ad una polizza diversa da quella azionata nel presente giudizio. Infatti, a pagina 35 della sentenza de qua, il Giudice scriveva "Risulta dimostrato che la domanda giudiziale è stata proposta durante il periodo di efficacia della polizza assicurativa prodotta in giudizio dalla suddetta convenuta (... , a fronte di una scadenza della polizza prevista per la data del.....)", laddove, giova ribadire, la polizza per cui si controverte in questa sede era efficace nell'annualità ... ;

c) la sentenza del Tribunale di Napoli Nord n. 3138/2019, poi in parte riformata dalla sentenza del 18 Settembre 2023 di questa Corte, depositata dall'appellata unitamente alla memoria di replica, afferisce anch'essa a polizza avente validità in un diverso periodo assicurativo.

Infatti, dalla citata sentenza di appello, si ricava come "la polizza invocata dall'ente sanitario convenuto" avesse "validità dal Primo Novembre 2012 al Primo Novembre 2013".

Analoghe considerazioni debbono essere svolte in relazione ai pagamenti, documentati dall'appellata, atteso che: a) i pagamenti di euro 50.000,00 e di euro 30.000,00, di cui ai bonifici effettuati dalla Provincia Sicula, rispettivamente, in data 28.1.2022 e in data 27.6.2022, sono entrambi relativi alla sentenza n. 8412/2021 del Tribunale di Napoli, di cui dinanzi si è detto; b) il pagamento di euro 300.000,00, di cui al bonifico effettuato dalla Provincia in data 24.9.2018, riguarda un accordo transattivo relativo alla sentenza n. 6298/2018 del Tribunale di Napoli, pure dinanzi richiamata.

In conclusione, mancando la prova dell'avvenuta erosione della franchigia aggregata annua di euro 500.000,00, prevista dalla polizza n.

Firmato Da: CUCCINIELLO CARMEN Emesso Da: ARUBAPEC PER CA DI FIRMA QUALIFICATA  
Serial#: 3f6b7420b312717cb4f3a18f99a0ac42

Firmato Da: SACCHI MASSIMILIANO Emesso Da: ARUBAPEC PER CA DI FIRMA QUALIFICATA  
Serial#: 7e630379ff6c278f19bc539914047de5

Firmato Da: COCCHIARA ALESSANDRO Emesso Da: ARUBAPEC PER CA DI FIRMA QUALIFICATA Serial#: 490315105a614a3beab706186185cc46

Sentenza n. 4359/2023 pubbl. il 13/10/2023

RG n. 144/2019

pag. 17/20

2013 RGC000045-638166, azionata in primo grado dalla Provincia

Sicula, ed essendo l'ammontare del risarcimento riconosciuto dal

Tribunale, al netto della franchigia per sinistro di euro 50.000,00, di

importo pari ad euro 85.475,40 (cfr. in tal senso ordinanza del

Tribunale di Napoli Nord del 14.9.2022, prodotta dall'appellata, che ha

deciso un giudizio di opposizione agli atti esecutivi intercorso tra le pari e nascente dalla sentenza in questa sede impugnata), appare evidente che non residui alcuna somma, eccedente il limite della franchigia aggregata, rispetto al quale la garanzia assicurativa possa operare.

Pertanto, in accoglimento dell'appello ed in parziale riforma dell'impugnata sentenza, va disposto il rigetto della domanda di manleva come proposta dalla Provincia S. nei confronti dell'impresa di assicurazione, B..

§ 7.

L'accoglimento dell'appello comporta la necessità di procedere ad un rinnovato regolamento delle spese processuali di entrambi i gradi, quanto al rapporto tra B.H. e Provincia S..

Osserva, al riguardo, la Corte che sussistano gravi ed eccezionali ragioni, ai sensi dell'art. 92 co. 2 c.p.c., per disporre l'integrale compensazione tra le dette parti delle spese di entrambi i gradi, avuto riguardo alla novità della questione sottesa alla controversia, comprovata dall'intervento, solo nella pendenza del presente giudizio di appello, del precedente di legittimità invocato dall'appellante e dinanzi richiamato.

Alcuna statuizione sulle spese del grado di appello si impone, invece, quanto al rapporto tra la B.H., da un lato, e le appellate, A.A. ed Asl, dall'altro, atteso che la notifica ad esse dell'impugnazione avveniva a meri fini di denuntiatio litis.

§ 8.

Occorre, infine, pronunciare sulla domanda di restituzione, di quanto pagato in esecuzione dell'impugnata sentenza, che l'appellante formulava nell'atto di appello e precisava, poi, nelle note di trattazione scritta depositate in data ..., in sostituzione dell'udienza di precisazione delle conclusioni.

La domanda è fondata.

Con la documentazione allegata alle note appena richiamate, l'appellante ha provato di avere pagato, in esecuzione dell'impugnata sentenza, in adempimento dell'ordinanza di assegnazione emessa dal Tribunale di Milano in data 4.10.2022, l'importo di euro 96.888,20 in favore di A.A. e di euro 6.199,14 liquidato in favore dell'Avv. S., procuratore costituito della danneggiata.

In conseguenza della ritenuta non operatività della garanzia assicurativa, alla restituzione di tali importi deve, quindi, ritenersi tenuta l'assicurata, Provincia S., per conto e nell'interesse della quale l'impresa di assicurazione aveva eseguito il pagamento in favore della danneggiata (cfr. Cass. Civ., Sez. 3, Ordinanza n. 3999 del 18/02/2020).

Sugli importi dinanzi indicati competono all'appellante gli interessi legali dal giorno dell'avvenuto pagamento, risalente, nella specie, in base alla documentazione in atti, al ... (cfr. comunicazioni del terzo pignorato BPM, allegate alle note di trattazione scritta depositate dall'appellante il ...), e sino al soddisfo.

**P.Q.M.**

La Corte d'Appello, definitivamente pronunciando sull'appello proposto da B.H., avverso la sentenza n. 10587/2018, pronunciata dal Tribunale di Napoli, pubblicata in data 6.12.2018, così provvede:

- a) accoglie l'appello e, per l'effetto, in parziale riforma dell'impugnata sentenza, rigetta la domanda di manleva proposta dalla Provincia S. dell'Ordine dei C.R.M. degli Infermi, Presidio S.M. della P., nei confronti della B.H.;
- b) dichiara interamente compensate le spese processuali di entrambi i gradi di giudizio, tra B.H. e Provincia S. dell'Ordine dei C.R.M. degli Infermi, Presidio S.M. della P.;
- c) conferma nel resto l'impugnata sentenza;
- d) condanna la Provincia S. dell'Ordine dei C.R.M. degli Infermi, Presidio S. M. della P. alla restituzione, in favore dell'appellante, dell'importo di euro 103.087,34, oltre interessi legali dal 12.10.2022 al soddisfo.

Così deciso nella camera di consiglio, in data 10/10/2023.

Il Consigliere relatore

dr. Massimiliano Sacchi

Il Presidente

dr. Alessandro Cocchiara