

Civile Ord. Sez. 3 Num. 13950 Anno 2019

Presidente: VIVALDI ROBERTA

Relatore: FIECCONI FRANCESCA

Data pubblicazione: 23/05/2019

ORDINANZA

cc

sul ricorso [REDACTED] proposto da:

[REDACTED] in persona del suo
dirigente e procuratore speciale Dott. [REDACTED]

[REDACTED] elettivamente domiciliata in [REDACTED]

[REDACTED] presso lo studio dell'avvocato [REDACTED]

[REDACTED] che la rappresenta e difende

unitamente all'avvocato [REDACTED] giusta

procura speciale in calce al ricorso;

- *ricorrente* -

2019

144

contro

[REDACTED] in
persona del legale rappresentante p.t. [REDACTED]

[REDACTED] elettivamente domiciliata in [REDACTED]

Rilevato che :

1. Con ricorso notificato il 23/09/2016 per via postale e per via telematica, [REDACTED], già [REDACTED] ricorre per cassazione della sentenza numero [REDACTED] emessa dalla Corte d'appello di Milano il 7 giugno 2016, depositata il 20 giugno 2016 e notificata il 28 giugno 2016, la cui relata di notifica telematica risulta regolare in quanto munita di attestazione di conformità sottoscritta in calce alla copia analogica dal legale della ricorrente che l'ha ricevuta.
2. Il ricorso è affidato a quattro motivi, tutti inerenti alla pronuncia di condanna alla manleva assicurativa pronunciata dalla Corte d'appello in relazione alla polizza assicurativa sottoscritta dall'assicurato, medico chirurgo ritenuto responsabile per i danni causati da più interventi chirurgici di mastoplastica additiva effettuati dal medico assicurato sulla persona di [REDACTED] dal 1998 al 2002, a causa dei quali è stato condannato a risarcirle il danno biologico. Il medico chirurgo [REDACTED], assicurato mediante la polizza *claims made mista*, ha notificato controricorso con ricorso incidentale condizionato affidato a due motivi, per chiedere la riforma della sentenza con riguardo alla condanna al risarcimento pronunciata nei suoi confronti o la dichiarazione di inammissibilità dell'appello non pronunciata dalla Corte ai sensi dell'art. 348 bis. cod. proc. civ. [REDACTED] [REDACTED] rispettivamente parte lesa e istituto in cui il medico ha operato l'intervento, hanno resistito con controricorso, in particolare chiedendo il rigetto del ricorso incidentale condizionato del medico. La [REDACTED] [REDACTED] ha chiesto che venga preso atto del passaggio in giudicato della sentenza nei suoi confronti, non impugnata da nessuna parte.
3. La questione principale, portata all'esame della Corte di cassazione, riguarda essenzialmente l'efficacia della polizza con riguardo all'estensione temporale della clausola *claims mista* stipulata tra le parti a copertura di comportamenti colposi del medico chirurgo risalenti a non oltre due anni (16 aprile 2000) prima della data del contratto, che la Corte d'appello, a differenza di quanto

- ritenuto dal Tribunale, ha ritenuto efficace per coprire il danno interamente prodotto, sull'assunto che gli interventi causativi del danno alla persona si inscrivessero nel periodo di vigenza della polizza assicurativa.
4. In particolare, la sentenza di 1° grado depositata dal Tribunale di Milano il 2 aprile 2013, aveva assolto la [REDACTED] da ogni domanda dell'attrice [REDACTED], aveva condannato il medico chirurgo [REDACTED] a pagare all'attrice l'importo di € 162.654,71, oltre interessi legali rivalutazione, ritenendoli solidalmente responsabili per lesioni; aveva accolto parzialmente la domanda di rivalsa [REDACTED], limitando la condanna a 1/2 di quanto il medico fosse tenuto a pagare alla paziente danneggiata; aveva condannato il medico a rifondere le spese di lite della terza chiamata [REDACTED] A. che lo aveva assicurato nel periodo antecedente in cui aveva operato presso l'istituto privato de [REDACTED]; accoglieva parzialmente la corrispondente domanda di garanzia del medico nei confronti di [REDACTED], nei limiti del 22,5% dell'importo di risarcimento, e compensava interamente le restanti spese di lite, ponendo a carico dei convenuti [REDACTED] le spese di ATP e di CTU .
5. La Corte d'appello si pronunciava sull'appello proposto [REDACTED] [REDACTED] sull'appello incidentale di [REDACTED] qui ricorrente principale e sull'appello incidentale del medico [REDACTED] qui resistente e ricorrente in via incidentale subordinata. In tale giudizio si era costituita la [REDACTED] per chiedere conferma del rigetto di ogni domanda formulata nei propri confronti, mentre [REDACTED] [REDACTED] non si costituiva e rimaneva contumace. Si era costituita, per ordine di integrazione disposto dalla Corte d'appello, anche [REDACTED] che proponeva appello incidentale per chiedere la condanna nei più ampi termini di cui alle conclusioni di primo grado nei confronti del medico e [REDACTED] [REDACTED], nonché nei confronti della [REDACTED] Il medico [REDACTED] replicava anche in ordine a tale appello incidentale.
6. La Corte d'appello, per quanto qui di interesse, dopo aver fissato l'udienza di precisazione delle conclusioni, si pronunciava con sentenza con cui accoglieva

l'appello [redacted] ritenendola non responsabile della condotta del medico; accoglieva l'appello incidentale proposto da [redacted] nei confronti di [redacted] volto ad accertare il diritto ad essere coperto per l'intero ammontare del risarcimento e, in accoglimento della domanda di garanzia, svolta nei confronti di [redacted] condannava quest'ultima a tenere indenne il medico dell'importo che era tenuto a versare in forza della sentenza, detratta la franchigia del 10%, oltre interessi legali; condannava quindi il medico a rifondere [redacted] e spese del primo grado di giudizio; condannava [redacted] a rifondere le spese del 1° e del 2° grado di giudizio del medico e confermava nel resto la sentenza impugnata, compensando integralmente tra le altre parti le spese del grado.

Considerato che :

1. Con il primo motivo ex articolo 360, 1 comma , n. 3 cod. proc. civ. la società assicuratrice ricorrente denuncia violazione di legge ex articolo 360 numero 3 cod.proc. civ. per violazione o falsa applicazione degli articoli 1917 comma 1 cod. civ. , della clausola numero 17 delle condizioni assicurative e dell' articolo 1372, comma 1 cod. civ. ; deduce altresì la nullità della sentenza ex articolo 360 n. 4 per violazione dell'articolo 115 cod.proc. civ. . Il motivo attiene alla pretesa erronea inclusione, nella copertura assicurativa, dei fatti colposi compiuti dall'assicurato prima della data d'inizio dell'operatività della garanzia, il 16/4/2000, in violazione delle norme che regolano i contratti di assicurazione e del contratto assicurativo che, all'articolo 17 delle condizioni assicurative, determinava la durata del contratto non oltre 2 anni prima della data di effetto del contratto stipulato il 16 aprile 2002 ed avente efficacia anche retroattivamente per le conseguenze dannose relative a fatti verificatisi fino a 2 anni prima della data indicata la garanzia assicurativa.
- 1.1. Il motivo si palesa inammissibile ex articolo 366 numero 4 cod.proc. civ..
- 1.2. La Corte d'appello, con riferimento alla richiesta di danni formulata nei confronti della casa di cura del [redacted] ove era stato eseguito il primo intervento, ha motivato il rigetto della domanda svolta dall'attrice [redacted] nei confronti de [redacted] sulla considerazione che tra il

primo e il secondo intervento, quest'ultimo effettuato dallo stesso medico chirurgo il 28 giugno 2001, fosse trascorso un ampio lasso temporale in cui la paziente non aveva lamentato danni, essendosi poi nuovamente rivolta allo stesso chirurgo, qui resistente, che era intervenuto presso [REDACTED] per esaudire la richiesta della paziente di intervenire chirurgicamente sulla medesima area interessata dal primo intervento (vedi pagina 7, paragrafo 2 della sentenza) . La Corte d'appello aveva tuttavia ritenuto che la garanzia si riferisse a condotte colpose rilevabili nel periodo intercorrente tra il 16 aprile 2000 e 16 aprile 2003 (in piena vigenza della polizza in questione) e che, se anche il CTU aveva affermato che la responsabilità del medico potesse risalire al primo intervento per un errore di "progettazione e di opzione chirurgica" (individuabile nel fatto di non avere adeguatamente considerato che la paziente praticava culturismo ed evidenziava caratteristiche fisiche e abitudini di vita che sconsigliavano l' intervento estetico praticato), la condotta negligente e imperita si era articolata in una serie di numerosi interventi e "si era protratta" anche nel periodo di vigenza della copertura assicurativa ove, in diverse occasioni, dal 28 giugno 2001 al 30 aprile 2002, era stato effettuato un reimpianto di protesi e ulteriori interventi di drenaggio e di successivo espianto delle protesi in assenza di un doveroso inquadramento psicologico della paziente, e senza sconsigliare l'operazione, continuando così ad utilizzare le medesime tecniche operatorie, ritenute inadeguate dal CTU; riteneva pertanto che la domanda di manleva assicurativa dovesse essere accolta perché riferita a danni prodotti in concreto nel periodo di efficacia della polizza, anziché solo in una parte di esso, come erroneamente ritenuto dal giudice di primo grado.

1.3. Quanto sopra succintamente sintetizzato dimostra innanzitutto che le considerazioni oggetto di censura riguardano valutazioni "in fatto" che non denotano un'erronea applicazione della norma riferita al contratto di assicurazione, sulle quali questa Corte non ha potere di interloquire; la censura - infatti- non considera la *ratio decidendi* nel suo insieme, da cui si deduce chiaramente che il danno, come quantificato dal CTU nel suo intero ammontare, fosse riferibile agli interventi chirurgici praticati dal medico successivamente, [REDACTED] allorché il medico, a distanza di tre anni

dal primo, aveva praticato tutta una sequenza di ulteriori e devastanti interventi persistendo nell'errore di valutazione iniziale circa la inopportunità di procedere con le stesse tecniche adottate, date le particolari condizioni in cui si trovava la sua assistita a causa dell'attività competitiva praticata. Nella sentenza difatti si dà atto che la paziente risultava avere subito un primo danno sin dal primo intervento, eseguito da un diverso chirurgo già prima del 1998, e che tale constatazione aveva indotto lo stesso giudice di primo grado a detrarre dalla misura del danno biologico rilevata dal CTU, la quota parte di danno biologico non riferibile alla condotta negligente del medico convenuto, già presente al tempo del primo intervento che, in base a un insindacabile giudizio valutativo, i giudici di merito hanno ritenuto di dovere decurtare dalla percentuale del 30% a quella del 22,5%,, riferibile al complesso degli interventi e cure intraprese dal medico qui resistente.

2. Con il secondo motivo la ricorrente denuncia ex articolo 360, 1 comma, numero 4 cod. proc.civ. violazione dell'articolo 346 e 99 cod.proc. civ. , per avere la Corte d'appello accolto una domanda del medico non riproposta in sede di appello, da intendersi quindi come rinunciata e passata in giudicato.

2.1. Il motivo è inammissibile.

2.2. Nell'appello principale il medico ha chiesto di riformare la sentenza di primo grado che lo condannava al risarcimento del danno respingendo le domande dell'attrice e, in via subordinata , in caso di mancato accoglimento della domanda di essere ritenuto estraneo ai fatti, chiedeva, in riforma del capo della sentenza impugnata relativa ai rapporti tra il medico e la ██████████ di condannare l' istituto assicurativo a tenerlo integralmente manlevato e indenne , "sempre per le ragioni di cui alle precedenti difese e con la pronuncia al riguardo di ogni inerente e conseguente provvedimento di legge e del caso". L'assunto della società impugnante è nel senso che la domanda subordinata del medico di condannare la compagnia assicuratrice in caso di mancato accoglimento della sua domanda principale di riforma della sentenza di condanna al risarcimento del danno, e non anche in caso di accoglimento della domanda ██████████ di riformare la domanda di regresso nei suoi confronti (ipotesi poi verificatasi in concreto) , in sostanza

non potesse valere per tale ultima ipotesi, non essendo stata svolta un'autonoma richiesta di riforma della pronuncia di primo grado che aveva limitato la manleva della ██████ nei suoi confronti. Deduce che la relativa domanda dovesse intendersi rinunciata ex art. 345 cod. proc. civ.

2.3. In proposito si osserva che, in tema di interpretazione delle domande giudiziali, il giudice non è condizionato dalle parole utilizzate dalla parte e deve tener conto dell'intero contesto dell'atto, senza alterarne il senso letterale ma, allo stesso tempo, valutandone la formulazione testuale e il contenuto sostanziale in relazione all'effettiva finalità che la parte intende perseguire (V. Sez. L -, Ordinanza n. 19435 del 20/07/2018; Sez. L, Sentenza n. 21208 del 02/11/2005). Pertanto, sotto tale profilo, l'interpretazione data alla domanda da parte del Giudice dell'impugnazione non è sindacabile in tale sede. La Corte pertanto ha inteso che nel contesto dell'impugnazione fosse ricompresa anche tale domanda di estensione della manleva assicurativa che, ovviamente, riguarda tutta la responsabilità attribuita al medico-chirurgo, a prescindere dalle ripartizioni effettuate all'interno della solidarietà tra medico e struttura ospedaliera.

2.4. In ogni caso, la censura non dimostra solidi argomenti logici, in quanto la domanda di riforma della condanna di ██████ è stata correttamente ritenuta contenuta nella domanda subordinata condizionata (appello incidentale condizionato), da delibare in caso di rigetto dell'appello principale volto a ottenere la riforma della pronuncia di condanna del medico al risarcimento che, in quanto debitore solidale, era tenuto al pagamento dell'intero ammontare, salve le azioni di rivalsa interna tra i co-sodali. Si tratta dunque di appello incidentale condizionato svolto conformemente ai principi indicati da questa Corte, essendo logicamente susseguente al mancato accoglimento dell'appello principale, ivi compresa la domanda di regresso ██████. ██████ svolta nei confronti del medico, che ovviamente riguarda lo stesso danno subito dalla paziente.

2.5. Il caso riguarda, come sopra visto, la domanda di riforma della condanna, disposta in via solidale con il medico, della struttura ospedaliera privata in cui aveva operato il medico-chirurgo, e della conseguente statuizione

in ordine al diritto di regresso riconosciuto alla struttura sanitaria nei confronti del medico relativamente alla sua quota parte di responsabilità interna. Difatti in tal caso la Corte di merito, in accoglimento della domanda della struttura ospedaliera, ha accolto l'appello della struttura sanitaria e ha attribuito al solo medico l'obbligo di risarcire l'intero danno provocato alla paziente, derivante da una sua esclusiva condotta colposa non riconducibile ad un difetto di organizzazione delle cure all'interno della struttura sanitaria .

2.6. Il presupposto fondamentale della domanda di manleva assicurativa, quando si tratta di obbligazioni solidali che derivano da un danno provocato da un'unica condotta colposa realizzatasi in un unico contesto di luogo e di tempo, come avviene nel campo della responsabilità sanitaria, non risiede tanto nella eventuale riforma della domanda di regresso accolta dal giudice di primo grado a favore di uno dei convenuti condannato in via solidale a risarcire il danno (o parte di esso) alla vittima, bensì nella conferma della sentenza di condanna dell'assicurato al risarcimento dell'intero danno preteso dall'attore che ha agito, rispetto alla quale la manleva assicurativa dell'assicurato condannato copre tutte le conseguenze coperte dal contratto assicurativo, anche se in ipotesi correlate al venir meno della solidarietà interna tra i due co-sodali (struttura sanitaria e medico curante). Il titolo da cui origina l'obbligazione risarcitoria di natura solidale è difatti unico, proprio perché il medico e la struttura sanitaria sono chiamati normalmente a rispondere del danno derivato dagli interventi effettuati sui pazienti dal medico all'interno della struttura di cui si è avvalso.

2.7. Pertanto l'appello incidentale condizionato del medico sulla statuizione della manleva assicurativa per le prestazioni rese all'interno di una struttura sanitaria riguarda indifferentemente sia il caso in cui venga respinto l'appello principale del medico in ordine alla statuizione di condanna a rispondere del danno *tout court*, sia il caso in cui venga accolto l'appello della struttura sanitaria a che venga riconosciuto per intero il suo diritto di regresso nei confronti del medico per quanto è chiamato a versare in ragione della solidarietà, sia – infine- il caso in cui la struttura sanitaria venga riconosciuta estranea ai fatti di causa.

3. Con il terzo motivo la ricorrente denuncia ex art. 360, numero 3, cod.proc.civ. violazione e falsa applicazione degli artt. 1218 e 2697 , comma 1, cod.civ. in quanto la Corte non avrebbe valutato l'onere dell'assicurato di provare la realizzazione dell'evento assicurato, non gravante automaticamente sull'assicuratore; ex art. 360 n. 4 denuncia anche violazione degli artt. 112 e 114 cod. proc. civ., in quanto la Corte d'appello avrebbe stimato "equitativamente" il danno nella misura del 25% in assenza di una concorde richiesta delle parti a procede a una "stima equitativa".

3.1. I motivi sono inammissibili.

3.2. Quanto alla prima questione, la società ricorrente deduce che il medico non abbia chiesto di provare le conseguenze lesive riferibili all'assicurazione stipulata, mediante una integrazione della CTU, reiteratamente chiesta, invece, dalla compagnia assicuratrice. La carenza di attività propulsiva della parte interessata pertanto avrebbe avuto avere ripercussioni solo sulla parte onerata. Sotto questo profilo, la censura mira a colpire la discrezionalità propria del giudice del merito nella stima del danno non patrimoniale, il quale sulla base delle evidenze raccolte ha ritenuto di potere autonomamente scorporare, sulla scorta della CTU acquisita nel giudizio di primo grado e tenendo conto delle date e degli esiti degli interventi invasivi effettuati dal medico, la quota parte di danno biologico riferibile - in termini di causalità adeguata - all'attività del medico convenuto effettuata al tempo di vigenza dell'assicurazione "claims made mista", dal danno biologico complessivamente valutato dal CTU, riferito anche a un intervento pregresso e non eseguito dal medico convenuto.

3.3. La censura mossa in tali generici termini non è in grado di intaccare la motivazione resa su un piano di valutazione logico giuridica degli eventi riscontrati già sulla base della CTU medico legale disposta. Difatti, in tema di responsabilità professionale del medico chirurgo, un' accurata ricognizione del complesso rapporto intercorrente tra la fattispecie del nesso causale e quella della colpa, con specifico riferimento ai rispettivi, peculiari profili probatori, consente la enunciazione dei seguenti principi: 1) il nesso di causalità è elemento strutturale dell'illecito che deve provare l'attore

deducibile, e pertanto corre - su di un piano strettamente oggettivo e secondo una ricostruzione logica di tipo sillogistico - tra un comportamento (dell'autore del fatto) astrattamente considerato (e non ancora utilmente qualificabile in termini di "damnum iniuria datum") e l'evento; 2) nell'individuazione di tale relazione primaria tra condotta ed evento, si prescinde, in prima istanza, da ogni valutazione di prevedibilità, tanto soggettiva quanto "oggettivata", da parte dell'autore del fatto, essendo il concetto logico di "previsione" insito nella categoria giuridica della colpa (elemento qualificativo dell'aspetto soggettivo del torto, la cui analisi si colloca in una dimensione temporale successiva in seno alla ricostruzione della complessa fattispecie dell'illecito); 3) il nesso di causalità materiale tra condotta ed evento è quello per cui ogni comportamento antecedente (prossimo, intermedio, remoto) che abbia generato, o anche solo contribuito a generare, tale obiettiva relazione col fatto deve considerarsi "causa" dell'evento stesso; 4) il nesso di causalità giuridica è, per converso, relazione eziologica per cui i fatti sopravvenuti, di per sé soli idonei a determinare l'evento, interrompono il nesso con il fatto di tutti gli antecedenti causali precedenti; 5) la valutazione del nesso di causalità giuridica, tanto sotto il profilo della dipendenza dell'evento dai suoi antecedenti fattuali, quanto sotto l'aspetto della individuazione del "novus actus interveniens", va compiuta secondo criteri a) di probabilità scientifica, ove questi risultino esaustivi; b) di logica, se appare non praticabile (o insufficientemente praticabile) il ricorso a leggi scientifiche di copertura; con l'ulteriore precisazione che, nell'illecito omissivo, l'analisi morfologica della fattispecie segue un percorso affatto speculare - quanto al profilo probabilistico - rispetto a quello commissivo, dovendosi, in altri termini, accertare il collegamento evento/comportamento omissivo in termini di probabilità inversa, onde inferire che l'incidenza del comportamento omissivo si pone in relazione non/probabilistica con l'evento (che, dunque, si sarebbe probabilmente avverato anche se il comportamento fosse stato posto in essere), a prescindere, ancora, dall'esame di ogni profilo di colpa intesa nel senso di mancata previsione dell'evento e di inosservanza di precauzioni doverose da parte dell'agente (Sez. 3, Sentenza n. 7997 del 18/04/2005; Sez. 3 -,

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

Sentenza n. 3704 del 15/02/2018; Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 23197 del 27/09/2018).

- 3.4. Quanto all'asserita violazione delle norme che impongono al giudice di valutare secondo diritto e non secondo equità, la censura si dimostra altrettanto inammissibile, atteso che l'equità utilizzata dal giudice attiene al piano della valutazione dei danni alla persona non altrimenti determinabili, prevista nella disposizione di cui all'art. 1226 cod. civ., e dunque il riferimento corretto corrisponde alla c.d. equità integrativa e non decisoria. In tema di liquidazione del danno non patrimoniale, è censurabile in sede di legittimità l'esercizio del potere equitativo del giudice di merito ove questi si sia limitato a richiamare genericamente i criteri utilizzati, senza precisare in quali termini l'importo liquidato sia conforme ai criteri medesimi, anche alla luce delle peculiarità del caso concreto (Cass. Sez. 3 - , Ordinanza n. 16908 del 27/06/2018). Pertanto, al fine di evitare che la relativa decisione si presenti come arbitraria e sottratta ad ogni controllo, è necessario che il giudice indichi, almeno sommariamente e nell'ambito dell'ampio potere discrezionale che gli è proprio, i criteri seguiti per determinare l'entità del danno e gli elementi su cui ha basato la sua decisione in ordine al "quantum" (Cass., Sez. 3 - , Ordinanza n. 2327 del 31/01/2018).
4. Con il quarto motivo la ricorrente deduce la violazione dell'art. 2909 cod. civ. e difetto di motivazione ex art. 360 n. 5 cod. proc. civ.. La Corte di appello avrebbe errato nel riconoscere il diritto del medico alla rifusione delle spese di giudizio di primo e secondo grado, non tenendo conto del fatto che il ricorrente avrebbe violato il patto di gestione della lite indicato nella polizza e che il giudice di primo grado ne ha dato atto, senza che tale punto sia stato oggetto di impugnazione.
- 4.1. Il motivo è inammissibile.
- 4.2. Nessun giudicato si è formato in ordine alla liquidazione delle spese del primo grado dal momento che, tramite l'appello incidentale condizionato, nei confronti della compagnia assicuratrice ritenuta essere tenuta a una piena manleva del medico, è stato rimesso in discussione l'assetto generale dei

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

rapporti tra i due soggetti processuali e la decisione sulle spese, pertanto, appare conforme al principio della soccombenza.

- 4.3. Le spese di lite di cui al patto di gestione in tesi violato dall'assicurato nell'assumere autonomamente una propria difesa tecnica, inoltre, non riguardano il caso in cui le due parti hanno un interesse concreto contrastante con la gestione comune della lite, come nel caso in questione dove la compagnia assicuratrice ha eccepito l'inefficacia della polizza, dimostrando così un intrinseco conflitto di interessi con l'assicurato. Difatti, l'obbligazione dell'assicuratore della responsabilità civile di tenere indenne l'assicurato delle spese erogate per resistere all'azione del danneggiato, ai sensi dell'art. 1917, comma 3, cod. civ., ha natura accessoria rispetto all'obbligazione principale e trova il suo naturale limite nel perseguimento di un risultato utile per entrambe le parti, interessate nel respingere la detta azione (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 667 del 18/01/2016; Cass. Sez. III, sentenza 19176/2014).
5. Stante l'inammissibilità del ricorso principale non si procede all'esame dei due motivi di ricorso incidentale condizionato del medico qui resistente, da ritenersi assorbiti, in cui si deduce l'omessa considerazione del nesso causale tra danno patito e comportamento del medico, ex art. 360 n. 5 cod. proc. civ. e la violazione o falsa applicazione dell'art. 348 bis cod. proc. civ. ex art. 360 n. 4 cod. proc. civ. .
6. Conclusivamente il ricorso principale viene dichiarato inammissibile, con assorbimento del ricorso incidentale condizionato, e con ogni conseguenza in ordine alle spese, che si liquidano in dispositivo ai sensi del D.M. n. 55 del 2014 a favore delle parti resistenti.

P.Q.M.

La Corte dichiara inammissibile il ricorso ^{principale} e, assorbito il ricorso incidentale condizionato, condanna la ricorrente ^{principale} alle spese, liquidate in € 8.200,00, oltre € 200,00 per spese, spese forfettarie al 15% e oneri di legge, in favore di ogni parte processuale.

Ai sensi dell'art. 13 comma 1 quater del d.P.R. n. 115 del 2002, dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte della ricorrente ^{principale}

dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso, a norma del comma 1 bis, dello stesso articolo 13.

Così deciso in Roma, il 22 gennaio 2019, nella Camera di consiglio della Terza Sezione Civile.