

e di

AZIENDA SANITARIA DI

(ASL . . .)

- intimata -

avverso la sentenza della Corte d'appello di Bari n. 559 del 15 aprile 2024;
udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del
28/11/2025 dal Consigliere Dott. Giovanni Fanticini;
lette le memorie delle parti;

RILEVATO CHE:

- [REDACTED] [REDACTED] (in proprio e nella qualità di esercente la responsabilità genitoriale sui minori [REDACTED] e [REDACTED] [REDACTED] (in proprio e nella qualità di esercente la responsabilità genitoriale sui minori [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] [REDACTED] convennero in giudizio, innanzi al Tribunale di Foggia, la Azienda Sanitaria di (ASL di e la Azienda Sanitaria di (ASL di e chiesero che fosse accertata e dichiarata la responsabilità dei sanitari dell'Ospedale "[REDACTED] di [REDACTED] e dell'Ospedale di [REDACTED] in riferimento al decesso del signor [REDACTED] [REDACTED] nonché la condanna delle ASL convenute al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti; gli attori affermarono che il decesso del loro congiunto era causalmente riconducibile a condotte errate dei sanitari dei suddetti ospedali, in occasione dei ricoveri avvenuti nel 2011;

- nel giudizio di primo grado, la ASL di excepì la nullità dell'atto di citazione e, nel merito, l'interruzione del nesso causale, ritenendo che l'esito infausto fosse eventualmente ascrivibile ai sanitari della ASL di : quest'ultima a sua volta excepì la nullità della citazione e l'infondatezza della domanda e chiese la chiamata in garanzia della compagnia assicuratrice [REDACTED] [REDACTED] (poi, [REDACTED] S.p.A.);



– la compagnia assicuratrice si costituì eccependo la carenza di copertura assicurativa, poiché la denuncia del sinistro era stata ricevuta il 12 novembre 2013, oltre il periodo di copertura (scaduto il 31 dicembre 2012), e chiese la propria estromissione dal giudizio;

– il Tribunale di Foggia, con la sentenza n. 1943 del 29 dicembre 2020, dichiarò responsabili in pari misura la ASL di _____ e la ASL di _____ e le condannò, per importi distinti, al risarcimento dei danni in favore degli attori; dichiarò _____ tenuta a manlevare la ASL di _____;

– la _____ S.p.A. propose appello a cui aderì con appello incidentale la ASL di _____;

– anche la ASL di _____ propose appello e così pure gli eredi di _____

– riuniti i procedimenti, la Corte d'appello di Bari, con la sentenza n. 559 del 15 aprile 2024, rigettò l'appello della ASL di _____, dichiarò inammissibile l'appello incidentale della ASL di _____, accolse in parte l'appello degli eredi _____ (riconoscendo interessi legali sulle somme liquidate a titolo risarcitorio), accolse l'appello di _____ e rigettò la domanda di manleva avanzata dalla ASL di _____;

– per quanto qui rileva, la Corte territoriale considerò la natura "*claims made*" della polizza assicurativa stipulata dalla ASL di _____ e ritenne che la richiesta di risarcimento fosse pervenuta oltre il periodo di copertura;

– avverso la predetta sentenza la Azienda Sanitaria della Provincia di _____ ha proposto ricorso per cassazione, sulla base di tre motivi;

– ha resistito con controricorso la _____ S.p.A.;

– gli altri intimati non hanno formulato difese nel giudizio di legittimità;

– le parti hanno depositato memorie *ex art. 380-bis*, comma 1, c.p.c.;

– all'esito della camera di consiglio del 28/11/2025, il Collegio si è riservato il deposito dell'ordinanza nei successivi sessanta giorni, a norma dell'art. 380-*bis*.1, comma 2, c.p.c.;



CONSIDERATO CHE:

– col primo motivo si deduce, ai sensi dell'art. 360, comma 1, n. 3, c.p.c., «*violazione e falsa applicazione di norme di diritto con riferimento all'art. 1362 c.c. nonché al medesimo art. 1362 c.c. in combinato disposto con gli artt. 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1369, 1370 e 1371 c.c.; si lamenta l'errata interpretazione del contratto assicurativo intercorso tra Asl Foggia e [REDACTED] (ora [REDACTED] ritenuto esclusivamente 'on claims made basis'.»); si sostiene che la polizza assicurativa debba essere letta come "mista", comprendendo anche la copertura "loss occurrence" per i fatti verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, e che la Corte di merito abbia violato i criteri ermeneutici contrattuali;*

– il motivo è inammissibile;

– va premesso che «*L'interpretazione delle clausole in ordine alla portata ed all'estensione del rischio assicurato rientra tra i compiti del giudice di merito ed è incensurabile in cassazione, se rispettosa dei canoni legali di ermeneutica e motivata, poiché il sindacato di legittimità può avere ad oggetto non già la ricostruzione della volontà delle parti, bensì solamente l'individuazione dei criteri ermeneutici del processo logico del quale il medesimo giudice di merito si sia avvalso per assolvere la funzione a lui riservata, al fine di verificare se sia incorso in vizi del ragionamento o in errore di diritto» (Cass. Sez. 3, 12/05/2020, n. 8810, Rv. 657914-01);*

– nel caso di specie, la ricorrente denuncia la violazione di molteplici criteri ermeneutici muovendo però dal presupposto che l'eseguita interpretazione letterale ex art. 1362 c.c. sia fallace o quantomeno dubbia;

– al contrario, proprio in ragione del principio per cui *in claris non fit interpretatio*, non vi è alcuna incertezza circa il rischio che forma oggetto della copertura assicurativa: difatti, l'art. 2.1 individua la garanzia per la responsabilità civile derivante da «*fatti, atti e/o omissioni verificatisi nel periodo di efficacia della garanzia sancito al successivo art. 9» e quest'ultimo precisa che «la presente polizza opera per le richieste di risarcimento*



avanzate per la prima volta nei confronti degli assicurati durante il periodo di efficacia dell'assicurazione, purché tali richieste siano conseguenza di eventi dannosi accaduti dal 30 giugno 2000»; appare evidente che – come già correttamente rilevato dalla Corte d'appello – la garanzia assicurativa riguarda i sinistri accaduti successivamente al 30/6/2000 ("retroattività decennale"), purché la richiesta di risarcimento sia rivolta all'assicurato nel periodo di efficacia della polizza (ed è questo il presupposto mancante nel caso de quo);

– la parte ricorrente fornisce una propria personale lettura (peraltro, avulsa dal dato letterale e orientata a ricondurre la garanzia all'art. 1917 c.c.) delle clausole contrattuali, mirando inammissibilmente a sovrapporla a quella tutt'altro che implausibile (e, anzi, corretta) data dal giudice di merito;

– col secondo motivo si deduce, ai sensi dell'art. 360, comma 1, n. 3, c.p.c., «*violazione e falsa applicazione degli artt. 1322, 1325, 1343, 1917 c.c.; si lamenta la esclusione della copertura assicurativa costituita dalla polizza responsabilità civile stipulata da ASL . . . , per la ritenuta adeguatezza alla causa in concreto della clausola prevista all'art. 9 dello schema di polizza 'responsabilità civile verso terzi e prestatori d'opera'*», per avere la Corte d'appello ritenuto valida la clausola "claims made" senza valutare adeguatamente la causa concreta del contratto e l'equilibrio sinallagmatico, nonché la mancanza di una clausola di ultrattività che avrebbe lasciato scoperti i danni "lungolatenti";

– il motivo è inammissibile;

– la ricorrente contesta la decisione della Corte d'appello, che ha ritenuto valida la clausola *claims made*, perché – a suo dire – il giudice non avrebbe adeguatamente vagliato la causa concreta del contratto, l'equilibrio sinallagmatico e la mancanza di una clausola di ultrattività relativa ai danni "lungolatenti";



– la censura sembra ignorare non soltanto la copiosa giurisprudenza sulla validità della clausola *claims made* (*ex multis*, Cass. Sez. 3, 14/11/2024, n. 29437, Rv. 672578-01), ma anche le argomentazioni del giudice d'appello che ha reputato adeguatamente salvaguardato il sinallagma (il quale, peraltro, vede da un lato il premio versato dall'assicurato e dall'altro il rischio assunto dall'assicuratore, non già un equilibrio tra le prestazioni dovute da quest'ultimo e l'esborso del primo) dalla "retroattività decennale" della copertura assicurativa, volta così a ricomprendere anche sinistri rimasti lungolatenti per un significativo lasso temporale anteriore alla stipula della polizza;

– inoltre, *«In tema di assicurazione della responsabilità civile, in presenza di una clausola claims made impura - che estende la garanzia ai comportamenti dell'assicurato antecedenti alla data della stipulazione del contratto purché le richieste risarcitorie siano formulate durante la vigenza della polizza - la mancata previsione di una c.d. sunset clause - che garantisce l'assicurato anche per le denunce pervenute per un periodo successivo alla scadenza del contratto - non rende di per sé nullo il contratto per difetto di causa concreta.»* (Cass. Sez. 3, 10/06/2025, n. 15447, Rv. 675340-01);

– col terzo motivo, formulato ai sensi dell'art. 360, comma 1, n. 3, c.p.c., si deduce la *«violazione e/o falsa applicazione degli artt. 1226, 2043 e 2056 cod. civ.; art. 112 c.p.c.; si lamenta il riconoscimento degli interessi compensativi sulle somme liquidate a titolo di danno non patrimoniale, pur in assenza di domanda da parte degli attori nel giudizio di primo grado.»*;

– la censura è fondata;

– gli odierni ricorrenti non avevano avanzato una specifica domanda di riconoscimento di interessi compensativi, la quale non risulta neanche nelle conclusioni dell'atto di citazione di primo grado;

– in un passaggio della comparsa conclusionale nel grado di appello, la difesa degli odierni intimati si era schermata sostenendo che, anche nell'ipotesi di assenza di domanda, il giudice può teoricamente attribuire i predetti



interessi; tale affermazione contrasta col più recente orientamento di questa Corte di legittimità, secondo cui «*in tema di risarcimento del danno da fatto illecito, gli interessi compensativi rappresentano un distinto profilo di danno, causato dalla mora, che il danneggiato - ove voglia esserne risarcito in aggiunta al capitale liquidato in moneta attuale - ha l'onere di domandare espressamente, allegandone il fatto costitutivo e di indicandone le fonti di prova (anche presuntive), senza che la relativa liquidazione possa essere effettuata l'ufficio dal giudice*» (ex aliis, da ultimo Cass. Sez. 3, 04/08/2025, n. 22441), cui la sentenza impugnata non si conforma;

– in conclusione, in accoglimento del terzo motivo e in relazione alla questione con quello posta, la sentenza va cassata con rinvio alla Corte di merito per nuovo esame della questione concernente la contestata spettanza degli interessi compensativi e anche per le spese del giudizio di legittimità;

– per l'oggetto della causa, va di ufficio disposta l'omissione, in caso di diffusione, delle generalità e degli altri dati identificativi dei soggetti rimasti intimati indicati in epigrafe, ai sensi dell'art. 52 d.lgs. 196 del 2003;

p. q. m.

la Corte

dichiara inammissibili il primo e il secondo motivo;

accoglie il terzo motivo e, per l'effetto, cassa la sentenza impugnata in relazione al motivo accolto e rinvia la causa alla Corte d'appello di Bari, in diversa composizione, anche per le spese del giudizio di legittimità;

dispone che, ai sensi dell'art. 52 d.lgs. 196 del 2003, in caso di diffusione siano omessi generalità ed altri dati identificativi di [REDACTED]

[REDACTED] junior, [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] senior e [REDACTED]



Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Terza Sezione Civile,
in data 28 novembre 2025 e, a seguito di riconvocazione, il 15 gennaio
2026.

Il Presidente
(Marco Rossetti)

