

18275/22



ORIGINALE

REPUBBLICA ITALIANA
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
TERZA SEZIONE CIVILE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati

Oggetto

GIACOMO TRAVAGLINO

Presidente

DANILO SESTINI

Consigliere - Rel.

LUIGI ALESSANDRO SCARANO

Consigliere

CHIARA GRAZIOSI

Consigliere

MARILENA GORGONI

Consigliere

RESPONSABILITA'
CIVILE GENERALE

Ud. 23/03/2022 CC
Cron. 18275
R.G.N. 26452/2019

ORDINANZA

sul ricorso 26452/2019 proposto da:

(omissis), elettivamente domiciliata in
(omissis), presso lo studio dell'avvocato (omissis)
che la rappresenta e difende

-ricorrente -

contro

(omissis), rappresentato e difeso dall'avvocato (omissis)
ed elettivamente domiciliato in (omissis)
, presso lo studio dell'avvocato (omissis)

- controricorrente -

nonché contro

(omissis)

In caso di diffusione del
presente provvedimento
omettere le generalità e
gli altri dati identificativi,
a norma dell'art. 52
d.lgs. 106/03 in quanto:

☐ disposto d'ufficio

☐ a richiesta di parte

☒ imposto dalla legge

- intimata -

2022
483

avverso la sentenza n. 1319/2019 della CORTE D'APPELLO di
FIRENZE, depositata il 30/05/2019;

udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del
23/03/2022 dal cons. DANILO SESTINI

Rilevato che:

(omissis) agì in giudizio nei confronti di (omissis) per sentirla condannare, a titolo di responsabilità extracontrattuale, al pagamento della somma di 11.990,79 euro per avere ingenerato il falso affidamento sulla copertura sanitaria del parto cesareo della convivente *more uxorio* (omissis), avvenuto presso la casa di cura (omissis) di (omissis)

dedusse che, quale dipendente della (omissis) aveva aderito alla convenzione stipulata tra la (omissis) e la banca a favore dei dipendenti della seconda, che concerneva anche il rimborso di spese per prestazioni sanitarie rese in favore dei familiari; che in data 1.1.2009, in vista del parto della convivente, aveva comunicato l'inserimento nel proprio nucleo familiare della (omissis); che, successivamente, aveva preso contatti con la (omissis) ricevendo l'assicurazione che il parto era coperto dalla polizza; che, in effetti, la Cassa aveva preso in carico il parto, inoltrando alla casa di cura il relativo modulo e ottenendo dalla (omissis) l'autorizzazione a pagare direttamente le prestazioni ai sanitari della struttura; che, tuttavia, quattro giorni dopo il parto (avvenuto il 22.6.2009), la (omissis) aveva comunicato che l'intervento era privo di copertura assicurativa in quanto, al momento del parto, non era decorso il previsto termine (di vacanza assicurativa) di 270 giorni dall'inserimento della convivente nel nucleo familiare dell'assicurato; che solo in tale occasione l'attore era venuto a conoscenza che la banca aveva stipulato una nuova convenzione che stabiliva un periodo di carenza assicurativa di 270 giorni in luogo dei 30 giorni precedentemente previsti; che, a fronte di ciò, il (omissis) era stato costretto, anche in veste di fideiussore, a sostenere l'esborso richiesto dalla casa di cura, esborso cui non si sarebbe esposto (optando per il ricovero in una struttura pubblica o convenzionata) ove non fosse stata assicurata la copertura da parte della (omissis)



la convenuta contestò la domanda e chiamò in causa, per l'eventuale manleva, la (omissis) (già (omissis) cui addebitava di non avere informato il (omissis) della nuova convenzione che aveva introdotto il maggior termine di carenza assicurativa;

la Banca resistette rilevando che, a prescindere dalla pubblicazione o meno della nuova convenzione nel sito interno, il danno lamentato dal (omissis) era stato determinato da (omissis) che aveva indotto l'attore a ritenere che sussistesse la copertura assicurativa;

il Tribunale di Prato rigettò la domanda ritenendo che l'attore difettesse di legittimazione attiva, atteso che il contributo economico per spese mediche spettava unicamente alla beneficiaria (omissis) e ciò a prescindere da chi avesse materialmente sborsato la somma, risultando priva di rilievo la fideiussione prestata dal (omissis) in favore della struttura sanitaria, in quanto successiva al parto e tardivamente prodotta in giudizio;

pronunciando sul gravame principale del (omissis) e su quello incidentale della Banca, la Corte di Appello di Firenze ha riformato la sentenza di primo grado, condannando la (omissis) a pagare al (omissis) la somma di 11.990,79 euro (maggiorata di accessori) nonché a rimborsare all'anzidetto (omissis) e alla Banca le spese processuali dei due gradi di merito;

la Corte ha affermato, tra l'altro, che:

l'attore aveva chiesto il risarcimento del danno subito in conseguenza del falso affidamento indotto da (omissis) sulla copertura sanitaria della sua convivente, ponendo a sostegno della domanda l'asserita responsabilità extracontrattuale della società determinata dall'operato dei suoi dipendenti;

lo scambio di comunicazioni fra la (omissis) la casa di cura e lo stesso (omissis) «appariva univocamente indirizzato ad assicurare alle parti interessate l'effettiva operatività della copertura»;

doveva ritenersi «provato il "nesso causale" [...] tra la condotta degli operatori della società appellata e il danno subito dall'appellante,

costretto a pagare a proprie spese l'intervento, atteso che quest'ultimo, ove non avesse avuto le opportune e sostanziali assicurazioni, sulla operatività della polizza, certamente avrebbe optato per l'esecuzione della prestazione sanitaria presso altra casa di cura convenzionata con il servizio pubblico»;

in relazione alla legittimazione attiva, da valutarsi alla stregua dell'art. 2043 c.c., «il (omissis) aveva ed ha titolo ad agire contro la società appellata, poiché appare pacifico che fu proprio quest'ultimo ad elaborare tutta l'attività, anche contrattuale [...], mirata a garantirsi la gratuità dell'intervento in favore della convivente (omissis) e che, a seguito della condotta colposa dei dipendenti di (omissis) le conseguenze dannose dell'evento ricaddero totalmente sul medesimo appellante, che fu costretto a sborsare ed anticipare di tasca propria le somme che invece riteneva coperte dall'indennizzo. L'appellante è dunque il soggetto direttamente danneggiato dalla predetta attività illecita, poiché è colui che, a seguito del fatto, ha subito la lesione della autonoma sfera patrimoniale e quindi il danno risarcibile»;

anche l'appello incidentale, diretto a censurare la disposta compensazione delle spese di lite fra (omissis) e Banca, meritava accoglimento in quanto l'assunta responsabilità (o corresponsabilità) dell'istituto bancario era risultata non provata e pertanto la società assicuratrice andava condannata a pagare le spese in favore della terza chiamata in causa;

ha proposto ricorso per cassazione (omissis) – (omissis), affidandosi a sei motivi; ha resistito il (omissis) con controricorso, mentre la (omissis) non ha svolto attività difensiva;

la trattazione del ricorso è stata fissata ai sensi dell'art. 380 *bis*.1. c.p.c.;

il (omissis) ha depositato memoria con cui si è limitato a richiamarsi al contenuto del controricorso.

Considerato che:

il primo motivo denuncia l'omesso esame di un fatto decisivo e la violazione e la falsa applicazione della disposizione di cui all'art. 4 della Convenzione stipulata fra (omissis) e la (omissis) in data 11.11.2008, nonché degli artt. 1173, 1372, 2° co. e 1891 c.c.: premesso che (omissis) non aveva ottemperato all'obbligo di informare i propri dipendenti delle novità introdotte dalla convenzione stipulata l'11 novembre 2008 (compresa la necessità di inserire il nominativo del beneficiario dell'assistenza almeno 270 giorni prima dell'evento) e rilevato che il (omissis) aveva richiesto il ristoro delle spese «sostenute mediante fideiussione bancaria, stipulata però solo nel settembre 2009 e depositata tardivamente in giudizio e precisamente all'atto della precisazione delle conclusioni», la ricorrente evidenzia che la controversia «prende le mosse proprio dall'inadempimento della banca rispetto alla disposizione della Convenzione (art. 4) che le imponeva di comunicare ai dipendenti il mutamento delle condizioni» e che, pertanto «essa non avrebbe dovuto essere inquadrata giammai nei termini prospettati dalla sentenza impugnata (ex art. 2043 c.c.), ma al contrario entro i termini della responsabilità contrattuale (art. 1173), azione da rivolgersi tutta e solo verso la banca», atteso che «l'azione rilevante nel caso in oggetto è stata posta in atto della BPV, non da (omissis) e di conseguenza il falso affidamento non è stato causato dall'odierna ricorrente»; aggiunge, sotto altro profilo, che «il Tribunale [...] aveva accertato che [...] il contributo economico inerente alle spese mediche, a prescindere dal soggetto che le aveva materialmente sborsate, spettava soltanto al soggetto indicato quale beneficiario nel contratto, vale a dire [...] soltanto alla sig.ra M (omissis). E da ciò aveva correttamente desunto il difetto di legittimazione attiva di parte appellata»; richiamati gli artt. 1372 c.c. e 1891 c.c., evidenzia che, «poiché il contratto di assicurazione di cui è causa fu stipulato in favore della sola sig.ra (omissis) solo quest'ultima -e non solo il (omissis)- avrebbe dovuto attivarsi per ottenere il ristoro di quanto coperto da assicurazione ovvero dei danni asseritamente subiti»;

il motivo è inammissibile in quanto, nella prima parte, propone una lettura alternativa della vicenda (al fine di individuare una responsabilità contrattuale della Banca che escluderebbe quella della assicuratrice) e, per il resto, ipotizza una legittimazione attiva esclusiva della (omissis) senza tuttavia considerare che l'attore non si è mosso in un ambito contrattuale, ma esclusivamente extracontrattuale, facendo valere la responsabilità della (omissis) per avere generato un affidamento sulla copertura assicurativa e per avere determinato un esborso che non sarebbe stato altrimenti sostenuto;

col secondo motivo (dedotto in termini di omesso esame di un fatto storico decisivo), la ricorrente rileva che il Tribunale aveva accertato che le clausole della polizza assicurativa sanitaria attribuivano alla (omissis) la qualità di beneficiaria e contesta la sentenza impugnata per avere affermato che risultava provato *per tabulas* che era stato il (omissis) ad aver «beneficiato di una speciale polizza assicurativa»;

il motivo è inammissibile in quanto non individua -come necessario- un "fatto" storico (principale o secondario) di natura decisiva e di cui sia stato omesso l'esame, ma contesta l'affermazione che fosse il 1 (omissis) il beneficiario della polizza, in tal modo prospettando un errore di valutazione del contenuto e degli effetti dell'anzidetta polizza che non risulta adeguatamente censurato come tale;

il terzo motivo denuncia la violazione e la falsa applicazione degli artt. 183, 184 e 189 c.p.c.: rilevato che la prova del pregiudizio patrimoniale asseritamente subito dal (omissis) era stata depositata soltanto all'udienza in cui era stato disposto il rinvio per precisazione delle conclusioni, la ricorrente assume che «il Giudice di merito avrebbe dovuto respingere la domanda [...] perché sfornita di prova, essendo stata quest'ultima allegata quando ormai era maturata la preclusione processuale prevista dagli art. 183, 184, 189 e 190 c.p.c.»; aggiunge che «l'unica prova» fornita dall'attore, «ovvero la fideiussione, risulta

essere rilasciata in data successiva rispetto all'evento verificatosi in data 26.6.2009 e nello specifico in data 3.9.2009 e depositata solo in data 29.11.2013 all'udienza di rinvio di precisazione delle conclusioni»;

il motivo -che mira a escludere che sia stata fornita tempestiva prova del pregiudizio- è inammissibile, in quanto:

non investe la motivazione nella parte in cui (a pag. 8, "in ordine al quantum debeatur ...") ha ritenuto provato il danno non soltanto sulla base dei documenti prodotti, ma -*in primis*- per il fatto che non vi era stata alcuna contestazione della società convenuta in riferimento alle somme richieste;

omette di indicare se e (eventualmente) come le questioni processuali, che non risultano trattate dalla sentenza, fossero state sottoposte al giudice di appello;

con il quarto motivo (che denuncia la violazione e la falsa applicazione degli artt. 1375 e 1176 c.c. e del principio del legittimo affidamento), la ricorrente ribadisce che era stata la Banca a non comunicare correttamente ai dipendenti le nuove condizioni di contratto e censura la sentenza impugnata per avere ritenuto che tale circostanza -contraria ai criteri di buona fede- fosse "inconferente" in relazione al danno asseritamente patito dal (omissis) contesta, altresì, la possibilità di ritenere integrato, da parte della società assicuratrice, un effettivo affidamento, che «necessita di una molteplicità di condizioni, fra le quali la *diuturnitas*, ossia la continuità nel tempo, comunque lungo»;

il motivo -che non individua effettivamente errori di diritto in relazione alle norme richiamate in rubrica- è inammissibile sia nella parte in cui insiste per una lettura alternativa che individui la responsabilità della Banca sia laddove mira ad escludere la configurabilità dell'affidamento sulla base di un diverso e non consentito apprezzamento di merito che viene sollecitato alla Corte;

il quinto motivo deduce la violazione e la falsa applicazione degli artt. 1227 e 2043 c.c.: rilevato che, a prescindere dall'inadempimento

della Banca, il ' (omissis) «avrebbe ben potuto e dovuto sincerarsi della effettiva copertura assicurativa in favore della beneficiaria prima di contattare, il 18 giugno 2009, il (omissis) la ricorrente assume che la condotta negligente dell'asserito danneggiato «avrebbe dovuto determinare l'ulteriore conseguenza di dare luogo al potere-dovere officioso del giudice di merito di ridurre di molto, ovvero anche di escludere del tutto, il risarcimento del danno», dato che «lo stesso avrebbe potuto essere evitato anche solo con un comportamento conforme ad un parametro di diligenza ordinaria»;

il motivo è inammissibile per la novità della questione e, comunque, perché -come il precedente- di natura sostanzialmente fattuale;

il sesto motivo (che denuncia la violazione e la falsa applicazione dell'art. 91 c.p.c. e la nullità della sentenza) censura la sentenza impugnata per avere «illogicamente condannato la parte ricorrente a rifondere ad entrambe le parti le spese del doppio grado di giudizio, quando, però, la stessa parte era risultata vittoriosa in primo grado» e assume che le spese liquidate per il primo grado sia al (omissis) che alla Banca andavano pertanto detratte (e non aggiunte) da quelle liquidate per il secondo grado;

il motivo è manifestamente infondato, essendo evidente -per un verso- che la riforma della sentenza di primo grado comportava anche la caducazione delle statuizioni sulle spese e -per altro verso- che la soccombenza (per entrambi i gradi di merito) non poteva che essere individuata in relazione all'esito del giudizio di secondo grado;

le spese del presente giudizio seguono la soccombenza;

sussistono le condizioni per l'applicazione dell'art. 13, comma 1 quater del D.P.R. n. 115/2002.

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso e condanna la ricorrente al pagamento delle spese di lite, liquidate in euro 3.000,00 per compensi, oltre alle

spese forfettarie nella misura del 15%, al rimborso degli esborsi (liquidati in euro 200,00) e agli accessori di legge.

Ai sensi dell'art. 13 comma 1-quater del D.P.R. n. 115 del 2002, dà atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte della ricorrente, 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, se dovuto.

Roma, 23.3.2022

Il Presidente

DEPOSITATO IN CANCELLERIA

7 6/10, 2022



Il Funzionario Giudiziario
Luigi PASINETTI

Luigi Pasinetti