



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE D'APPELLO DI TORINO

SEZIONE QUARTA CIVILE

RIUNITA IN CAMERA DI CONSIGLIO NELLE PERSONE DEI SIGNORI

MAGISTRATI:

Dott. EDOARDO BARELLI INNOCENTI PRESIDENTE

Dott. ENRICO DELLA FINA CONSIGLIERE

Dott. ROSSANA ZAPPASODI CONSIGLIERE Rel.

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 107/2015 R.G. promossa da

C A , elettivamente domiciliato in Torino, presso lo studio dell'Avv.

D R che lo rappresenta e difende unitamente all'Avv. F M per
procura in atti.

- PARTE APPELLANTE -

contro

A G , ammessa al Patrocinio a spese dello Stato, elettivamente
domiciliata in Torino, presso lo studio dell'Avv. L E che la
rappresenta e difende unitamente all'Avv. L M F per procura in
atti.

- PARTE APPELLATA -

contro

ALLIANZ S.p.A., elettivamente domiciliata in Torino, presso lo studio dell'Avv.
D. L. D. che la rappresenta e difende unitamente all'Avv. D.
G. F. per procura in atti.

- PARTE APPELLATA -

Udienza di precisazione delle conclusioni del 7 aprile 2016

CONCLUSIONI DELLE PARTI

PER PARTE APPELLANTE

Rigettata l'eccezione di inammissibilità dell'appello ex art. 342 c.p.c. avanzata da Allianz s.p.a., rigettate le domande e l'appello incidentale svolti nel presente grado da G. A. e da Allianz s.p.a., in accoglimento dell'appello ed in totale riforma della sentenza n. 1011/2014 resa dal Tribunale di Novara il 4-15.12.2014,
In via principale e nel merito

- Accertato e dichiarato che il dottor C ha effettuato all'attrice A solo l'avulsione delle radici del dente 46, la conseguente toelettatura dell'alveolo e l'applicazione di un apparecchio ortodontico sezonale fisso sui denti 48-47-45-44-43 passivo, respingere le domande attoree in quanto infondate in fatto ed in diritto per i motivi esposti in atti ed in particolare per insussistenza in ogni caso del nesso causale tra l'intervento effettuato ed i danni lamentati, dichiarando la non utilizzabilità dei modelli in gesso non tempestivamente prodotti in giudizio dall'attrice.
- Dichiare tenuta e condannare la Allianz spa, già Riunione Adriatica di Sicurtà S.p.A., con sede sociale in largo Ugo Irneri n. 1 – 34123 Trieste in persona del legale rappresentante pro tempore, a tenere indenne e manlevare in forza della polizza assicurativa prodotta il dottor Alberto Colli dalle domande di Gabriella Aldegheri nella denegata ipotesi di loro accoglimento, anche parziale, per tutte le ragioni esposte.

In via istruttoria

- Ammettere prova testimoniale sui capitoli nn. 8-11 dedotti in memoria 27.4.2012 e non ammessi, indicandosi a teste M. B di Cameri.
- Disporre rinnovazione della consulenza tecnica d'ufficio tramite altro consulente, stante la lacunosità, irragionevolezza, insufficienza ed erroneità dell'elaborato peritale per le ragioni esposte dal consulente di parte dott. R nelle sue osservazioni ed in udienza nonché esposte nel presente atto.
- Annullare e/o revocare l'impugnata sentenza del Tribunale di Novara del 4.12.14 (RG n. 980-11) resa tra l'odierno appellante e G A e la Allianz spa per i motivi esposti nell'atto di appello, e per l'effetto rigettare le avverse domande in quanto infondate in fatto ed in diritto, riformando la predetta sentenza secondo quanto esposto in atti.

In via istruttoria: disporre rinnovazione della consulenza tecnica espletata da demandarsi a nuovo consulente nominando; disporre l'acquisizione del fascicolo di causa del procedimento di primo grado (Rg n. 980-2011).

Con il favore di compensi e spese di entrambi i gradi di giudizio.

PER PARTE APPELLATA A

Respingere il gravame, perché infondato in fatto ed in diritto, confermando la sentenza impugnata;

rigettare la richiesta di rinnovazione della ctu per i motivi che verranno esposti respingere la richiesta di ammissione delle istanze istruttorie formulate dalla difesa del Dr. C e non accolte dal Giudice di primo grado per i motivi esposti.

In caso di ammissione delle istanze istruttorie ex adverso di rinnovazione ctu, si chiede l'autorizzazione a depositare i calchi di gesso.

Con il favore delle spese di lite del giudizio d'appello.

PER PARTE APPELLATA Allianz S.p.A.

In via preliminare: dichiarare l'inammissibilità, ai sensi dell'art. 342 c.p.c., dell'appello proposto dall'appellante C A



In via principale e nel merito: respingersi le domande proposte dall'appellante C A nei confronti della conchiudente per essere inammissibile e/o comunque infondate in fatto e in diritto;

In via incidentale: in accoglimento dell'appello incidentale, riformarsi la sentenza n. 1011/2014 pronunciata in data 15.12.2014 dal Tribunale di Novara, dichiarando la validità della clausola contenuta nell'art. 14 delle condizioni di assicurazione della polizza n. 058562749 e confermare l'inoperatività sotto l'aspetto temporale della polizza n. 058562749 prodotta nel giudizio di primo grado;

In subordine, riformarsi la sentenza n. 1011/2014 pronunciata in data 15 dicembre 2014 dal Tribunale di Novara, dott.ssa Ai M N e conseguentemente, in sua riforma:

Previa, ove del caso, ammissione di integrazione alla CTU medico legale esperita nel giudizio di primo grado in relazione ai punti evidenziati nella motivazione del gravame,

respingersi le domande proposte dalla signora G A nei confronti del dottor C A perché infondate in fatto ed in diritto e, conseguentemente, assolversi la società conchiudente dalle avversarie domande di manleva ed indennizzo;

In ulteriore subordine, rideterminarsi e contenersi il risarcimento in favore dell'attrice alle somme accertate in sede di CTU medico legale e, contenersi l'obbligo risarcitorio a carico del dottor C A ai soli danni causalmente connessi alla colpa professionale eventualmente ritenuta addebitabile al medesimo e contenersi l'obbligo di manleva dell'esponente nei limiti di contratto al netto dello scoperto e franchigia contrattualmente dovuti;

In ogni caso: col favore delle spese e dei compensi professionale ex D.M. 55/2014 di entrambi i gradi di giudizio, oltre rimborso forfettario, C.P.A. ed I.V.A. come per legge.

MOTIVI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

La causa è stata instaurata avanti al Tribunale in data successiva al 4.7.2009, così che trova applicazione anche per questo grado di appello il novellato art. 132 c.p.c. e l'art. 118 disp. att. c.p.c..

1. Parte appellante impugna la sentenza n. 1011/2014 con la quale il Tribunale di Novara, previa risoluzione del contratto di prestazione d'opera professionale stipulato con A G, l'ha condannato a risarcirle la somma di € 10.516,81 oltre accessori (in relazione ai danni causati da erronei trattamenti ortodontici), ha rigettato la domanda di manleva ed ha posto a suo carico le spese di CTU e delle controparti.

In particolare si duole che

- sia stata ritenuta tempestiva la produzione dei calchi di gesso ortodontici (di cui erano state prodotte solo fotografie con la memoria ex art. 183 co. 6 n. 2 c.p.c.);
- sia stata accolta una erronea e solo probabilistica valutazione espressa dal CTU, sprovvista di idonei accertamenti della effettiva sussistenza del "disordine temporo mandibolare" e dei danni conseguenti;
- sia stata ritenuta mancante la copertura assicurativa, nonostante sia stata dichiarata vessatoria la clausola *claims made* e ritenuto applicabile il disposto di cui all'art. 1917 c.c..

A G si è costituita chiedendo il rigetto dell'appello, mentre l'appellata ALLIANZ S.p.A. ha proposto a sua volta appello incidentale chiedendo di dichiarare la validità della clausola contenuta nell'art. 14 della polizza, confermando la già accertata inoperatività di essa sotto l'aspetto temporale.

In via preliminare va preso atto che parte appellante non ha articolato alcun motivo specifico istruttorio avverso il rigetto delle prove orali articolate in memoria 27.4.2012 e di cui si limita a chiedere nuovamente l'ammissione in questa sede.

2. Il primo motivo di dogliananza è infondato.

2.1 Come noto, nell'ambito della responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale del medico, "*l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante*" (Cass. 11.1.2008 n. 577).

In particolare, "*l'onere probatorio in ordine alla ricorrenza del nesso di causalità materiale - quando l'impegno curativo sia stato assunto senza particolari limitazioni circa la sua funzionalizzazione a risolvere il problema che egli presentava - si sostanzia nella prova che l'esecuzione della prestazione si è inserita nella serie causale che ha condotto all'evento di danno, rappresentato o dalla persistenza della patologia per cui era stata richiesta la prestazione, o dal suo aggravamento, fino ad esiti finali costituiti dall'insorgenza di una nuova patologia o dal decesso del paziente*" (Cass. 12.9.2013 n. 20904).

A ciò si aggiunge poi che "*la ricostruzione del nesso di derivazione eziologica esistente tra la condotta del danneggiante e la conseguenza dannosa risarcibile implica la scomposizione del giudizio causale in due autonomi e consecutivi segmenti, il primo volto ad identificare - in applicazione del criterio del "più probabile che non" - il nesso di causalità materiale che lega la condotta all'evento di danno, il secondo essendo diretto, invece, ad accertare il nesso di causalità giuridica che lega tale evento alle conseguenze dannose risarcibili, accertamento, quest'ultimo, da compiersi in applicazione dell'art. 1223 cod. civ., norma che pone essa stessa una regola eziologica*" (Cass. 17.9.2013 n. 21255 che sul punto corregge un'evidente confusione di piani operata da Cass. 16.1.2009 n. 975).

Nel caso concreto, per ritenere provato il nesso di causa, quindi, è sufficiente il fatto che l'evento "possa apparire riconducibile" (secondo il criterio della

"*preponderanza dell'evidenza*") alla mera "*concomitanza della condotta del sanitario e del fattore naturale della pregressa situazione patologica del danneggiato*", ascrivendo l'evento di danno interamente all'autore della condotta illecita, per poi verificare, secondo la causalità giuridica, la diversa efficienza delle eventuali concuse al fine di definire l'ampiezza dell'obbligo risarcitorio e distinguendo le conseguenze dannose determinate dal fortuito (cfr. Cass. 21.7.2011 n. 15991).

2.2 Nella fattispecie in esame, va innanzitutto evidenziato che è pacifica la sussistenza di un contratto tra la A e il dr. C è stata accertata la mal occlusione (cfr. *infra*) ed è stata specificamente allegata la sussistenza di alcuni profili di inadempienza (in sintesi: un difetto di ancoraggio, che ha determinato una condizione di mal occlusione iatrogena), così che era piuttosto onere dell'appellante fornire prova di avere diligentemente effettuato i trattamenti *de quibus*. In particolare il CTU, nonostante le produzioni attorse, ha rilevato comunque la mancanza di "*modelli in gesso pre trattamento*" e ha attribuito tale mancanza alla possibile "*mancata esecuzione degli stessi*", nel qual caso "*è da ritenersi indubbiamente conseguenza di negligenza diagnostica*" e rende la documentazione disponibile "*assai carente*" (relazione pag. 16 e pag. 29).

A fronte di un'eventuale insufficienza del materiale probatorio fornito (come descritto dal CTU a pag. 13), alla luce dei rispettivi oneri probatori, tale carenza (al di là degli ulteriori profili di negligenza desumibili dalla disamina dei calchi prodotti e di cui *infra* al n. 3), rende imputabile al professionista il danno causalmente riconlegabile al trattamento operato sulla paziente.

Posto ciò, va comunque rilevato che la stessa A con la memoria ex art. 183 c.p.c. del 26.4.2012 aveva indicato, tra gli allegati prodotti, al n. 21 i "*calchi del dott. C*", al n. 22 i "*calchi del dott. S*" e al n. 23 i "*calchi del dott. M*" (senza specificare se si trattava di mere fotografie o dei calchi stessi e così

provvedendo tempestivamente alla formazione del materiale oggetto di valutazione della prova). Con la memoria ex art. 183 c.p.c. del 16.5.2012 aveva poi precisato: "*i calchi le cui foto sono state allegate alla memoria 183 comma 6 n. 2, sono depositati e disponibili presso lo studio dello scrivente legale*".

Una tale modalità di produzione appare comunque del tutto compatibile con la *ratio* sottesa alla formazione delle preclusioni istruttorie (consentendo alla controparte di eventualmente controdedurre o di articolare prova contraria).

Va peraltro sottolineato che l'appellante anche in questa sede si è limitato a sostenere la tardività della produzione, ma non ha contestato la loro effettiva corrispondenza dei suddetti calchi alle foto prodotte dalla controparte.

In ogni caso, il CTU anche in sede di risposta alle osservazioni critiche mosse dal consulente di parte nominato dal dr. C., ha ribadito di avere ritenuto che il trattamento non sia stato correttamente eseguito, non sulla base di "semplici ipotesi", come sostenuto dall'appellante, ma in quanto non vi è prova alcuna (né dall'unico modello in gesso prodotto, né dalla cartella clinica) che fu applicata "una cannula (o un bracket) anche sul dente 48" (cfr. pag. 31-32), che il C. non ha provato di avere eseguito.

3. Con un ulteriore motivo di impugnazione l'appellante si duole dell'erronea valutazione espressa dal CTU ed in particolare rileva che i profili di inadempienza siano stati ritenuti fondati nonostante il CTU avesse riconosciuto a pag. 16 che nel caso in esame fosse impossibile esprimere giudizi certi e non vi sia a suo avviso prova della sussistenza del lamentato Disordine Temporo Mandibolare e quindi la stessa possibilità di esprimere una diagnosi in tal senso.

La dogliananza è infondata.

Va innanzitutto rilevato che il CTU era stato affiancato nel suo operato da un ausiliario ortodontista (dr. G. S.) e questi aveva svolto l'esame obiettivo ortodontico della situazione orale della signora A. evidenziando una

malocclusione caratterizzata da "classe II molare e canina bilaterale, affollamento dei denti frontali superiori ed inferiori, morso profondo, overjet superiore alla norma, 4.5 linguo-inclinato con la sommità della sua cuspide vestibolare che contatta la sommità della cuspide mesio-linguale di 1.6, presenza di un diastema di circa 1,5 mm. Tra 4.7 e 4.5, instabilità occlusale".

Anche il consulente di parte nominato in primo grado dalla Allianz (dr. B.) aveva preso atto della "situazione malocclusale attuale", limitandosi a ritenerla "verosimilmente attribuibile ad entrambi i trattamenti effettuati".

Risulta pertanto del tutto ragionevole e fondata obiettivamente, la diagnosi di Disordine Temporo Mandibolare rispetto alla quale era onere del professionista che aveva avuto in cura la signora A. fornire prova che detto stato di fatto non fosse ad esso imputabile (e tale onere è rimasto del tutto non adempiuto).

La relazione svolta dal CTU, riprendendo gran parte dell'esame obiettivo ortodontico, l'ha poi posto in correlazione con quanto emerge dalla disamina dei calchi prodotti e degli interventi effettuati dal dr. C. , ritenendo che "sebbene non siano disponibili modelli pretrattamento, l'affermazione che la linguo-inclinazione di 4.7, 4.4 e 4.3 non sia preesistente ma sia stata causata dal trattamento mediante sezonale appaia verosimile" alla luce di una serie di considerazioni illustrate a pag. 16 e 17, cui si rinvia, ritenendo che "il trattamento non sia stato correttamente eseguito, in quanto non si è tenuto conto del fatto che utilizzando un apparecchio sezionale monolaterale senza coinvolgere come ancoraggio elementi dell'emiarcata opposta per esempio mediante un arco linguale da 47 a 36, il rischio di lingualizzazione indesiderata dei denti ancoraggio era elevato" (pag. 17).

Il CTU ha poi specificamente e analiticamente esaminato e confutato (con ampia disamina anche della letteratura scientifica in materia) le critiche mosse dal consulente di parte del C (cfr. pag. 29-39), escludendo che sia stata fornita prova di riferibilità della situazione patologica riscontrata a situazioni preesistenti o

a interventi successivi, confermando l'imputabilità all'appellante della riscontrata instabilità occlusale. Una simile valutazione appare del tutto conforme ai criteri di valutazione "del più probabile che non", della prova del nesso causale e della sussistenza delle negligenze indicate dalla paziente, secondo quanto anche di recente ribadito dalla Suprema Corte (cfr. ex *multis* Cass. 14.6.2011 n. 12961 e Cass. 20.2.2015 n. 3390).

Alle ampie e congrue argomentazioni del CTU sopra citate si fa comunque rinvio, anche rilevando che in sede di impugnazione esse non sono state specificamente esaminate e sottoposte a critica.

Quanto alla contestata necessità che la A. si sottoponga ad un nuovo trattamento ortodontico e quale ne sia la finalità (cfr. appello pag. 11), vale appena il caso di richiamare la descrizione della situazione orale attuale dell'appellata e che il CTU (a pag. 17) ha confermato essere connotata da un'instabilità occlusale obiettivamente causata dalla "linguo-inclinazione di 4.7, 4.4 e 4.3" che ha modificato "*i contatti occlusali con l'arcata antagonista*" e che ben può giustificare i disturbi cranio-mandibolari riferiti dalla A. (cefalea gravativa e difficoltà ad individuare una corretta occlusione), come del resto conferma anche la comune esperienza in presenza di così marcate problematiche oggettive e che rendono superflui ulteriori esami diagnostici.

4. Con un ulteriore motivo di impugnazione parte appellante si duole del rigetto della domanda di manleva, sostenendo la sussistenza della copertura assicurativa della polizza invocata, previa nullità della clausola n. 14 ed in conformità alla previsione che il periodo di efficacia riguardava comportamenti colposi posti in essere a partire dall'1.6.2000.

Con un motivo di appello incidentale, anche Allianz ha impugnato la medesima pronuncia laddove ha ritenuto vessatoria e nulla la clausola *claims made* e

applicabile la disciplina codicistica sul punto (sia pure ritenendo poi comunque non operativa la polizza).

4.1 Come di recente statuito dalla Suprema Corte a Sezioni Unite con sentenza 6.5.2016 n. 9140, "Nel contratto di assicurazione della responsabilità civile la clausola che subordina l'operatività della copertura assicurativa alla circostanza che tanto il fatto illecito quanto la richiesta risarcitoria intervengano entro il periodo di efficacia del contratto, o comunque entro determinati periodi di tempo preventivamente individuati (cd. clausola "claims made" mista o impura), non è vessatoria, ma, in presenza di determinate condizioni, può essere dichiarata nulla per difetto di meritevolezza ovvero - ove applicabile la disciplina del d.lgs. n. 206 del 2005 - per il fatto di determinare a carico del consumatore un significativo squilibrio dei diritti e obblighi contrattuali; la relativa valutazione va effettuata dal giudice di merito ed è incensurabile in sede di legittimità quando congruamente motivata". In particolare le Sezioni Unite hanno escluso la configurabilità della nullità prospettata per violazione dell'art. 2965 c.c., così come quella "per asserito contrasto della previsione pattizia con le regole di comportamento da osservarsi nel corso della formazione del contratto e nello svolgimento del rapporto obbligatorio", fatta salva l'eventuale nullità conseguente "al giudizio di meritevolezza di regolamenti negoziali oggettivamente non equi e gravemente sbilanciati, la violazione di regole di comportamento ispirate a quel dovere di solidarietà che, sin dalla fase delle trattative, richiama nella sfera del creditore la considerazione dell'interesse del debitore e nella sfera del debitore il giusto riguardo all'interesse del creditore", e ribadendo l'orientamento consolidato che afferma che "ove non altrimenti stabilito dalla legge, unicamente la violazione di precetti inderogabili concernenti la validità del contratto è suscettibile di determinarne la nullità, non già l'inosservanza di norme, quand'anche imperative, riguardanti il comportamento dei contraenti, inosservanza che può costituire solo

fonte di responsabilità per danni (cfr. Cass. 10.4.2014 n. 8462 e Cass. 19.12.2007 n. 26724)".

Ha poi significativamente precisato:

- "la clausola *claims made* con garanzia pregressa è lecita perché afferisce a un solo elemento del rischio garantito, la condotta colposa posta già in essere e peraltro ignorata, restando invece impregiudicata l'alea dell'avveramento progressivo degli altri elementi costitutivi dell'impoverimento patrimoniale del danneggiante-assicurato";
- "il discostamento dal modello codicistico introdotto dalla clausola *claims made* impura, che è quella che qui interessa, mirando a circoscrivere la copertura assicurativa in dipendenza di un fattore temporale aggiuntivo, rispetto al dato costituito dall'epoca in cui è stata realizzata la condotta lesiva, si inscrive a pieno titolo nei modi e nei limiti stabiliti dal contratto, entro i quali, a norma dell'art. 1905 cod. civ., l'assicuratore è tenuto a risarcire il danno sofferto dall'assicurato. E poiché non è seriamente predicabile che l'assicurazione della responsabilità civile sia ontologicamente incompatibile con tale disposizione, il patto *claims made* è volto in definitiva a stabilire quali siano, rispetto all'archetipo fissato dall'art. 1917 cod. civ., i sinistri indennizzabili, così venendo a delimitare l'oggetto, piuttosto che la responsabilità", rendendo così "inoperante la tutela, del resto meramente formale, assicurata dall'art. 1341 c.c.";
- "al fondo della manifesta insofferenza per una condizione contrattuale che appare pensata a tutto vantaggio del contraente forte, c'è la percezione che essa snaturi l'essenza stessa del contratto di assicurazione per responsabilità civile, legando l'obbligo di manleva a una barriera temporale che potrebbe scattare assai prima della cessazione del rischio che ha indotto l'assicurato a stipularlo, considerato che l'eventualità di un'aggressione del suo patrimonio persiste almeno fino alla maturazione dei termini di prescrizione", così che la Suprema Corte si è

fatta carico di esaminare il "profilo della meritevolezza di tutela della deroga al regime legale contrattualmente stabilita", la quale "deve necessariamente essere condotta in concreto, con riferimento, cioè, alla fattispecie negoziale di volta in volta sottoposta alla valutazione dell'interprete";

- "quanto alle clausole che estendono la garanzia al rischio pregresso, l'apprezzamento non potrà non farsi carico dei rilievo che, in casi siffatti, il sinallagma contrattuale, che nell'ultimo periodo di vita del rapporto è destinato a funzionare in maniera assai ridotta, quanto alla copertura delle condotte realizzate nel relativo arco temporale, continuerà nondimeno a operare con riferimento alle richieste risarcitorie avanzate a fronte di comportamenti dell'assicurato antecedenti alla stipula, di talché l'eventualità, paventata nell'arresto n. 3622 del 2014, di una mancanza di corrispettività tra pagamento del premio e diritto all'indennizzo, non è poi così scontata. Peraltro è evidente che della copertura del rischio pregresso nulla potrà farsene l'esordiente, il quale non ha alcun interesse ad assicurare inesistenti sue condotte precedenti alla stipula, di talché anche tale circostanza entrerà, se del caso, nella griglia valutativa della meritevolezza".

4.2 Nel caso in esame la polizza era stata stipulata in data 17.11.2005 ed ha cessato di operare in data 17.11.2006; l'art. 14 prevedeva la copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione "a condizione che tali richieste siano consequenti a comportamenti colposi posti in essere non oltre due anni prima della data di effetto dell'assicurazione" e prevedendo altresì una cd. sunset clause, con l'estensione di copertura assicurativa "per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'assicurato entro un anno dalla fine del contratto sempre che il fatto che ha originato la richiesta si sia verificato durante il periodo di validità della polizza".



L'appellata Allianz, ritenendo valida detta clausola nega l'operatività della polizza, atteso che la prima richiesta di risarcimento da parte della signora Aldeghi risale pacificamente al 24.3.2009 (pur riguardando un fatto commesso nell'estate del 2005 e quindi entro i due anni precedenti alla stipula), mentre il Tribunale nella sentenza impugnata ha negato la sussistenza della manleva in applicazione della disciplina codicistica, previa valutazione di inefficacia della clausola perché vessatoria e non adeguatamente sottoscritta, in quanto i fatti colposi risalgono ad alcuni mesi precedenti alla stipula.

4.3 Questa Corte, alla luce della ricostruzione giuridica operata dalle Sezioni Unite, ritiene che la clausola *claims made* in esame sia senz'altro meritevole di tutela e quindi pienamente valida.

In particolare va evidenziata, da un lato, l'estensione dell'efficacia della polizza nei due anni precedenti alla stipula, circostanza che avrebbe permesso di ottenere copertura anche dei fatti colposi qui accertati, se solo la richiesta di risarcimento fosse stata formulata entro il termine di efficacia e dall'altro, l'ulteriore estensione di un anno successivo alla cessazione. Tali circostanze costituiscono infatti senz'altro condizione di favore per l'assicurato, già valorizzate in tal senso dalla stessa Suprema Corte.

A ciò si aggiungono le ulteriori considerazioni che l'assicurato è un professionista che con la stipula di detta polizza aveva perseguito uno scopo connesso all'esercizio dell'attività professionale (così che non è applicabile nella fattispecie in esame la disciplina di cui al D. Lgs. n. 206/2005 – cfr. Cass. 23.2.2007 n. 4208) e che alla data di stipula della polizza il dr. C. non era "esordiente" e pertanto all'epoca manteneva un preciso interesse ad assicurare i propri comportamenti antecedenti alla stipula.

Questa Corte ritiene pertanto che nel caso in esame, nonostante la natura cd. "impura" della clausola *claims made* contenuta nella polizza invocata, sia

comunque configurabile (secondo una prospettiva necessariamente *ex ante*) la corrispettività tra pagamento del premio e diritto all'indennizzo e non risulta (né è stato da allegato dall'appellante), che l'inserimento della clausola sia avvenuto in maniera subdola o che il dr. C fosse inconsapevole di un contenuto che mutava lo schema codicistico del contratto assicurativo (ispirato tradizionalmente alla formula *loss occurrence*) o comunque che sussistano altre circostanze del caso concreto che consentano di ritenere un positivo riscontro dell'impermeabilità (in relazione ad eventuali altri profili della disciplina pattizia, quali, ad esempio, l'entità del premio pagato dall'assicurato, così come suggerito dalla Suprema Corte e non emerso nel caso concreto).

Va pertanto confermato il rigetto della domanda di manleva, seppure con la diversa motivazione indicata (in direzione sostanzialmente conforme alla dogianza incidentale proposta da Allianz).

La obiettiva natura controversia della questione e la sua recente soluzione ad opera delle Sezioni Unite è ragione sufficiente per confermare, nel rapporto processuale tra il dr. C e la Allianz, la dichiarata compensazione delle spese di primo grado anche per il presente.

5. L'appello principale deve pertanto essere integralmente rigettato.

Alla soccombenza segue l'obbligo di parte appellante al rimborso a favore dello Stato (attesa l'ammissione dell'appellata A al gratuito patrocinio) anche delle spese del presente grado del giudizio, spese che si liquidano come da dispositivo tenuto conto di quanto innovato con il D.M. 10.3.2014 n. 55, applicato lo scaglione corrispondente al valore della causa, in considerazione delle sole fasi di studio, introduttiva e di decisione, applicati gli importi medi, esclusi gli esposti non documentati.

L'appello è stato introdotto in data successiva al 31.1.2013, data di entrata in vigore delle modifiche apportate dall'art. 1 comma 17 della L. n. 228/2012

(pubblicata in G.U. del 29.12.2012 con entrata in vigore dall'1.1.2013) all'art. 13 DPR n. 115/2002, con l'inserimento del comma 1 *quater*, il quale prevede che, allorché l'impugnazione sia respinta integralmente o dichiarata inammissibile o improcedibile, la parte "è tenuta a versare un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per la stessa impugnazione".

P.Q.M.

La Corte d'Appello di Torino, Sezione Quarta Civile,

- rigetta l'appello proposto da C A avverso la sentenza n. 1011/2014 emessa *inter partes* dal Tribunale di Novara in data 4.12.2014, sentenza che per l'effetto conferma (con la diversa motivazione sopra indicata al punto 4);
- dichiara compensate le spese del presente grado di giudizio tra C A e ALLIANZ S.p.A.;

- condanna C A a rimborsare allo Stato le spese del presente grado del giudizio relative all'appellata A G, ammessa al Patrocinio a spese dello Stato, spese che liquida in euro 3.777,00 per compensi oltre rimborso forfettario al 15%, IVA e CPA come per legge.

Si dà atto che per effetto dell'odierna decisione, sussistono i presupposti di cui all'art. 13 comma 1 *quater* DPR n. 115/2002, per il versamento dell'ulteriore contributo unificato di cui all'art. 13 comma 1 *bis* DPR n. 115/2002 da parte dell'appellante C A.

Così deciso nella Camera di Consiglio del 29 giugno 2016 dalla Quarta Sezione Civile della Corte di Appello di Torino.

Il Consigliere est.

Dr.ssa Rossana Zappasodi

Il Presidente

Dott. Edoardo BARELLI INNOCENTI

