

**LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
SEZIONE TERZA CIVILE**

RAGIONI DELLA DECISIONE

Con il primo motivo la Casa di cura denuncia la violazione e/o falsa applicazione degli artt. 1218,1228,1362,1364,1366 e 1367 c.c., artt. 101,112,113,115,116 c.p.c., art. 132 c.p.c., n. 4, art. 118 disp. att. c.p.c., per aver la sentenza impugnata accolto l'eccezione di inoperatività della garanzia assicurativa affermando che il contratto assicurativo inter partes, e in particolare l'art. 7 delle condizioni particolari di polizza, dovesse essere interpretato nel senso che, in caso di danno provocato a terzi da medici operanti presso la Casa di cura ma non dipendenti da essa, la copertura assicurativa fosse limitata solo al secondo rischio (ovvero destinata ad operare solo oltre il rischio coperto dalla assicurazione personale del medico), e comunque sarebbe stata operativa solo per il danno eccedente la franchigia di Lire 1.5000.000.000.

La ricorrente sostiene che in tal modo siano stati disapplicati i criteri interpretativi di legge o che ad essi sia stata data erronea applicazione, senza tenere nella dovuta considerazione l'effettivo contenuto della clausola e quindi che essa si riferisse alla copertura assicurativa assicurata al medico dalla polizza stipulata dalla Casa di cura, in violazione anche del disposto degli artt. 1228 e 1218 c.c..

Segnala inoltre che anche la ricostruzione operata dalla sentenza impugnata della strutturazione del testo del contratto, mutuata dall'atto di appello avversario, sarebbe errata, non rispondendo al vero che la responsabilità "diretta" della casa di cura fosse disciplinata nel comma 1 dell'art. 1.1., sez. A della polizza mentre l'ipotesi della responsabilità "indiretta" per fatto di persone delle quali era chiamata a rispondere fosse disciplinata nel comma 2, essendo sia la responsabilità diretta che indiretta della clinica disciplinate all'interno di un unico comma dell'art. 1.1. della polizza.

Ricostruisce il testo del contratto evidenziando la presenza di una disposizione che disciplina la responsabilità diretta della Casa di cura, di una seconda disposizione, collocata all'interno dello stesso comma, che disciplina la responsabilità indiretta della Casa di cura, per fatto dei suoi dipendenti e di altri soggetti per i quali debba rispondere, e di una distinta disposizione, contenuta appunto nell'art. 7 delle condizioni particolari di polizza, che si occupa della responsabilità dei medici, fornendo ai medici che operano nella struttura sanitaria una garanzia aggiuntiva rispetto alla loro assicurazione personale,

destinata ad operare a secondo rischio, per i danni superiori al tetto ivi indicato qualora essi non fossero coperti dalla loro assicurazione privata contro i danni.

Segnala che la sentenza nulla abbia argomentato in ordine a quale sarebbe stata la comune intenzione delle parti, l'interpretazione letterale della clausola, l'interpretazione complessiva del contratto, e senza tener conto della interpretazione secondo buona fede. Con il secondo motivo la Casa di cura denuncia la violazione e/o falsa applicazione degli artt. 1218,1228,1370 c.c., artt. 101,112,113,115,116 e 132 c.p.c., nonché dell'art. 118 disp att. c.p.c., in relazione all'art. 360 c.p.c., comma 1, n. 3, nonché la nullità della sentenza: come la stessa ricorrente osserva, il secondo motivo riproduce la medesima censura di cui al primo motivo in riferimento al criterio ermeneutico di chiusura di cui all'art. 1370 c.c., nel senso che ove un dubbio interpretativo fosse residuo, la corte d'appello avrebbe dovuto interpretare la clausola contro il predisponente.

Con il terzo motivo, infine, si denuncia la violazione del criterio interpretativo che impone di realizzare un equo temperamento degli interessi delle parti, di cui all'art. 1371 c.c..

1. – IL RICORSO È FONDATO E VA ACCOLTO. Analoghe questioni, in relazione ad analogha polizza predisposta dalla medesima compagnia di assicurazioni e sottoscritta da diverse strutture sanitarie private sono state già esaminate da questa Corte in precedenti pronunce, con esiti non convergenti. In un caso (Cass. n. 4936 del 2015) la Corte ha accolto il ricorso rilevando la presenza di numerose violazioni di legge in riferimento alle regole di interpretazione del contratto e cassato la sentenza impugnata con decisione nel merito, nell'altro, in un giudizio in cui ricorrente era l'odierna Casa di cura (Cass. n. 9375 del 2017) il ricorso è stato rigettato, avendo il collegio ritenuto che la sentenza impugnata nel caso di specie avesse deciso con motivazione dotata di adeguata congruità logica ed escludendo una violazione dei canoni legali di interpretazione, o dichiarato inammissibile (Cass. n. 2717 e 2718 del 2017). L'esistenza di esiti contrastanti in relazione ad analoghe questioni tra le stesse parti non è frutto di ondivaghe affermazioni della Corte in relazione alle norme che si assumono violate ed ai principi affermati, in materia di interpretazione del contratto e di contratto di assicurazione della responsabilità civile per il rischio derivante dall'esercizio di attività medica, ma discende dal diverso tenore del provvedimento impugnato e dalla maggiore o minore pertinenza ed incisività delle censure mosse.

2. – NEL CASO DI SPECIE, IL RICORSO IN PRIMO LUOGO È AMMISSIBILE. È stata denunciata adeguatamente la violazione dei canoni legali di interpretazione dei contratti, primo tra tutti il canone centrale di interpretazione letterale, riportando integralmente

all'interno del ricorso, il testo del contratto per poi richiamare, all'interno delle censure, le specifiche disposizioni contrattuali che vengono in rilievo e i passi della sentenza impugnata che di quei testi hanno effettuato una ricostruzione interpretativa contrastante, ad avviso della ricorrente, con la corretta utilizzazione delle regole di interpretazione.

3. – QUANTO ALL'OMETTO DEL RICORSO, LA RESPONSABILITÀ DEL DOTT. L. IN RELAZIONE AL DANNO RIPORTATO DALLA PAZIENTE B. per l'intervento di chirurgia ortopedica eseguito presso la Casa di cura ricorrente non è stata posta in discussione con l'appello. L'impugnazione è stata proposta infatti esclusivamente dalla compagnia di assicurazione, ed era relativa al solo punto della decisione in cui la stessa era stata condannata a manlevare la casa di cura assicurata di quanto questa era stata condannata in primo grado a pagare alla paziente, non avendo ritenuto il giudice di primo grado operante nel caso di specie la franchigia prevista dall'art. 7 delle Condizioni particolari di polizza.

La sentenza impugnata è stata censurata dalla casa di cura laddove, sovvertendo l'esito del giudizio di primo grado, ha ritenuto viceversa operante nel caso di specie la franchigia prevista dall'art. 7.

4. GIUSTA PRINCIPIO CONSOLIDATO NELLA GIURISPRUDENZA DI LEGITTIMITÀ, l'interpretazione del contratto è riservata al giudice del merito, le cui valutazioni sono censurabili in sede di legittimità solo per violazione dei canoni legali di ermeneutica contrattuale o per vizio di motivazione (v. Cass., 22/10/2014, n. 22343; Cass., 21/4/2005, n. 8296), il sindacato di legittimità può avere cioè ad oggetto non già la ricostruzione della volontà delle parti bensì solamente l'individuazione dei criteri ermeneutici del processo logico del quale il giudice di merito si sia avvalso per assolvere i compiti a lui riservati, al fine di verificare se sia incorso in vizi del ragionamento o in errore di diritto (v. Cass., 22/10/2014, n. 22343; Cass., 29/7/2004, n. 14495).

Deve quindi porsi in rilievo, richiamando Cass. n. 17718 del 2018, che, pur non mancando qualche pronuncia di segno diverso (v., Cass., 10/10/2003, n. 15100; Cass., 23/12/1993, n. 12758), come questa Corte ha già avuto modo di affermare in tema di interpretazione del contratto, risponde ad orientamento consolidato che ai fini della ricerca della comune intenzione dei contraenti il primo e principale strumento è rappresentato dal senso letterale delle parole e delle espressioni utilizzate.

Si è al riguardo peraltro precisato che il rilievo da assegnare alla formulazione letterale va invero verificato alla luce dell'intero contesto contrattuale, le singole clausole

dovendo essere considerate in correlazione tra loro procedendosi al relativo coordinamento ai sensi dell'art. 1363 c.c., giacchè per senso letterale delle parole va intesa tutta la formulazione letterale della dichiarazione negoziale, in ogni sua parte ed in ogni parola che la compone, e non già in una parte soltanto, quale una singola clausola di un contratto composto di più clausole, dovendo il giudice collegare e raffrontare tra loro frasi e parole al fine di chiarirne il significato (v. Cass., 28/8/2007, n. 828; Cass., 22/12/2005, n. 28479; 16/6/2003, n. 9626).

Va d'altro canto sottolineato che, pur assumendo l'elemento letterale funzione fondamentale nella ricerca della reale o effettiva volontà delle parti, il giudice deve invero a tal fine necessariamente riguardarlo alla stregua degli ulteriori criteri di interpretazione, e in particolare di quelli (quali primari criteri d'interpretazione soggettiva, e non già oggettiva, del contratto: v. Cass., 23/10/2014, n. 22513; Cass., 27/6/2011, n. 14079; Cass., 23/5/2011, n. 11295; Cass., 19/5/2011, n. 10998; con riferimento agli atti unilaterali v. Cass., 6/5/2015, n. 9006) dell'interpretazione funzionale ex art. 1369 c.c. e dell'interpretazione secondo buona fede o correttezza ex art. 1366 c.c., avendo riguardo allo scopo pratico perseguito dalle parti con la stipulazione del contratto e quindi alla relativa causa concreta (cfr. Cass., 23/5/2011, n. 11295).

Il primo di tali criteri (art. 1369 c.c.) consente di accertare il significato dell'accordo in coerenza appunto con la relativa ragione pratica o causa concreta.

L'obbligo di buona fede oggettiva o correttezza ex art. 1366 c.c., quale criterio d'interpretazione del contratto (fondato sull'esigenza definita in dottrina di "solidarietà contrattuale") si specifica in particolare nel significato di lealtà, sostanziandosi nel non suscitare falsi affidamenti e non speculare su di essi, come pure nel non contestare ragionevoli affidamenti comunque ingenerati nella controparte (v. Cass., 6/5/2015, n. 9006; Cass., 23/10/2014, n. 22513; Cass., 25/5/2007, n. 12235; Cass., 20/5/2004, n. 9628).

A tale stregua esso non consente di dare ingresso ad interpretazioni cavillose delle espressioni letterali contenute nelle clausole contrattuali, non rispondenti alle intese raggiunte (v. Cass., 23/5/2011, n. 11295) e deponenti per un significato in contrasto con la ragione pratica o causa concreta dell'accordo negoziale (cfr., con riferimento alla causa concreta del contratto autonomo di garanzia, Cass., Sez. Un., 18/2/2010, n. 3947).

Assume dunque fondamentale rilievo che il contratto venga interpretato avuto riguardo alla sua ratio, alla sua ragione pratica, in coerenza con gli interessi che le parti hanno specificamente inteso tutelare mediante la stipulazione contrattuale (v. Cass., 19/3/2018, n. 6675; Cass., 22/11/2016, n. 23701), con convenzionale determinazione della

regola volta a disciplinare il rapporto contrattuale (art. 1372 c.c.).

5. – ORBENE, LA CORTE DI MERITO È NEL CASO PERVENUTA AD UN'INTERPRETAZIONE DEL NEGOZIO DE QUO IN GENERALE, e della operatività della garanzia assicurativa in termini non consentanei con i suindicati principi.

Oltre a risultare apoditticamente formulate (non venendo spesso indicato sulla base di quali elementi esse risultino suffragate) le affermazioni su cui si articola la motivazione si appalesano invero contrastanti con il tenore letterale delle clausole, e contrastanti con la ragione pratica del contratto.

Emerge come i giudici di merito siano pervenuti ad interpretare la polizza assicurativa de qua limitandosi invero a un'interpretazione meramente atomistica e formalistica della sola clausola contrattuale contenuta nell'art. 7 delle condizioni particolari di polizza, omettendo invero di riguardarne il tenore letterale alla stregua dei richiamati primari criteri di interpretazione soggettiva dell'interpretazione globale (art. 1362 c.c., comma 2), sistematica (art. 1363 c.c.), funzionale (art. 1369 c.c.) e secondo buona fede (art. 1366 c.c.), avuto specificamente riguardo alla causa concreta dello stipulato contratto (v. Cass., 22/11/2016, n. 23701).

6. – METTE CONTO RICHIAMARE LE DISPOSIZIONI CONTRATTUALI MAGGIORMENTE RILEVANTI, RIPORTATE NEL RICORSO. L'oggetto del contratto concluso tra la compagnia di assicurazioni e la casa di cura privata è indicato nell'art. 1.1. della polizza (rubricato appunto "oggetto dell'assicurazione"): "La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi (per morte, lesioni personali e per danni cagionati a cose o animali) da lui stesso o da persone delle quali o con le quali debba rispondere, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione all'esercizio dell'attività aziendale specificata in polizza, comprese le attività complementari e accessorie".

Mette conto riportare anche l'art. 1.1.8 della sezione A del contratto (sezione relativa alle "Norme che regolano l'assicurazione della responsabilità derivante dall'esercizio dell'attività aziendale"), denominato "Franchigia": "Fermo quanto previsto dall'art. 1.1.5/n e dall'art. 1.1.7, la garanzia inizia ad operare dopo le prime Lire 5.000.000 per sinistro, che restano a carico dell'Assicurato a titolo di franchigia assoluta".

Esso copre il rischio conseguente alle attività indicate nelle condizioni particolari al n. 1 (Descrizione dell'attività assicurata) ovvero tutte le attività dell'assicurato riguardanti

la “gestione e l'erogazione al pubblico di tutti i servizi e le prestazioni che la vigente assicurazione prevede vengano effettuati dall'Assicurato, quali a puro titolo esemplificativo e non limitativo: presidi ospedalieri, ambulatoriali, guardia medica, centri trasfusionali, centro psico-sociali e/o riabilitazione terapeutica”.

L'art. 7 delle condizioni particolari di polizza, denominato “Altre assicurazioni”, prevede poi che: “La presente polizza opera sempre in eccesso alle assicurazioni personali dei medici e degli altri operatori non direttamente dipendenti dal Contraente assicurato e comunque dopo la somma di Lire 1.500.000.000 per sinistro e per persona che restino a carico del personale qui indicato, a titolo di franchigia assoluta.

Per il personale medico e degli altri operatori dipendenti dal Contraente/Assicurato, la presente copertura opera in eccesso ad eventuali coperture personali.

In caso di corresponsabilità tra più assicurati, per lo stesso sinistro si applica un solo massimale”.

7. – LA SENTENZA IMPUGNATA HA RITENUTO che nel caso di specie la casa di cura non potesse pretendere l'indennizzo assicurativo per l'operatività della franchigia di cui all'art. 7 sopra riportato, interpretando il predetto art. 7 delle condizioni particolari nel senso che per tutti i danni provocati a terzi dai medici e dagli operatori non dipendenti, operasse la franchigia ivi prevista di Lire 1.500.000.000, ovvero che la clinica potesse godere di una copertura assicurativa operativa per i danni provocati da personale non dipendente solo se eccedenti tale importo (e pertanto, che nel caso di specie il danno, ben più modesto, provocato dal Dott. L. alla paziente rimanesse integralmente a carico della clinica, che non avrebbe potuto essere manlevata dalla sua compagnia di assicurazioni).

8. – TENUTO CONTO DEI PRINCIPI GUIDA SOPRA ENUNCIATI, nella ricostruzione complessiva del testo, dell'oggetto del contratto e degli interessi tutelati, non appare rispettato in primo luogo il canone di interpretazione letterale.

La corte d'appello sostiene infatti che la sola responsabilità diretta (ovvero per fatto proprio della casa di cura) sarebbe disciplinata nell'art. 1.1. comma 1, mentre la responsabilità indiretta della clinica o per fatto dei terzi, dipendenti e non, per i quali sarebbe chiamata a rispondere sia disciplinata nel comma 2, e ciò contrasta all'evidenza con il dato testuale sopra riportato (essendo dedicato il comma 2 solo ai danni provocati a terzi da fatti dolosi, dell'assicurato o di persona per la quale debba rispondere, mentre le due ipotesi di responsabilità diretta e indiretta della clinica sono disciplinate entrambe

dal comma 1). Non si tratta quindi di una delle possibili interpretazioni, ma di una interpretazione contrastante con il dato letterale.

Inoltre, l'affermazione secondo la quale, ove il danno fosse cagionato da medico non dipendente dovrebbe operare la franchigia di cui all'art. 7 omette, senza alcuna spiegazione, di considerare il peso che, in questa ricostruzione interpretativa, avrebbe dovuto ricoprire la regola generale in tema di franchigia, collocata nella sezione principale del contratto, ed in particolare nel richiamato art. 1.1.8 denominato "franchigia", che indica la franchigia c.d. assoluta destinata ad operare sempre, in tutte le ipotesi di danno ricadenti sulla clinica.

Infine, l'interpretazione fornita dalla corte d'appello in relazione all'art. 7 non rispetta le prescrizioni nè dell'art. 1362 c.c., nè dell'art. 1363 c.c.. La prima di tali norme, infatti, impone quale fondamentale criterio ermeneutico l'interpretazione letterale. L'art. 7 in primo luogo è denominato "Altre assicurazioni", dato al quale la corte d'appello non ha attribuito alcun rilievo, e prevede che la copertura assicurativa "opera sempre in eccesso alle assicurazioni personali dei medici...".

Ora, come chiarito da Cass. n. 4936 del 2015, affinché un contratto di assicurazione possa "operare in eccesso" rispetto ad un'altra polizza assicurativa, è necessario che i due contratti coprano il medesimo rischio. Così, ad esempio, una assicurazione contro l'incendio non potrebbe mai "operare in eccesso" rispetto ad una contro il furto. Per contro, l'assicurazione contro l'incendio stipulata dal locatore ben potrebbe "operare in eccesso" rispetto all'identica assicurazione stipulata dal conduttore per conto altrui, e quindi coprire i danni non coperti da quest'ultima polizza.

Or bene, se un medico operante all'interno di una struttura sanitaria ha stipulato una "assicurazione personale", questa non può che coprire la responsabilità civile del medico stesso. L'assicurazione della responsabilità civile del medico operante all'interno d'una struttura sanitaria ha ad oggetto un rischio del tutto diverso rispetto a quello coperto dall'assicurazione della responsabilità civile dalla struttura in cui il medico si trova ad operare.

Nell'assicurazione di responsabilità civile infatti – che è assicurazione di patrimoni e non di cose – il "rischio" oggetto del contratto è l'impovertimento dell'assicurato, non il danno eventualmente patito dal terzo e causato dall'assicurato.

Pertanto una assicurazione "personale" della responsabilità civile del medico

copre per definizione il rischio di depauperamento del patrimonio di quest'ultimo. L'assicurazione della responsabilità civile della clinica, invece, copre il rischio di depauperamento del patrimonio della struttura sanitaria. I due contratti sono diversi, i due rischi sono diversi, i due assicurati sono diversi: e nulla rileva che tanto la responsabilità della clinica, quanto quella del medico, possano sorgere dal medesimo fatto illecito, che abbia causato in capo al terzo il medesimo danno.

Se due contratti di assicurazione garantiscono rischi diversi, non può mai sussistere per definizione nè una coassicurazione, nè una assicurazione plurima, nè una copertura "a secondo rischio", come ritenuto dalla Corte d'appello.

Quest'ultima, infatti, presuppone che il rischio dedotto nel contratto sia già assicurato da un'altra polizza. Ma poichè il rischio cui è esposto il medico è ben diverso dal rischio cui è esposta la struttura (tali rischi, infatti, minacciano patrimoni diversi), una assicurazione stipulata dalla clinica "per conto proprio" non potrebbe mai garantire anche la responsabilità del medico.

Ne consegue che una polizza stipulata a copertura della responsabilità civile della clinica (tanto per il fatto proprio, quanto per il fatto altrui) non può mai "operare in eccesso alle assicurazioni personali dei medici", perchè non vi è coincidenza di rischio assicurato tra i due contratti.

L'interpretazione adottata dalla Corte d'appello, pertanto, ha violato da un lato l'art. 1362 c.c., perchè ha travisato il significato giuridico dell'espressione "operare in eccesso", riferito ad un contratto di assicurazione. Dall'altro lato ha violato l'art. 1367 c.c., perchè l'interpretazione adottata renderebbe la clausola inutile: per quanto detto, infatti, un'assicurazione del patrimonio di Primus mai potrebbe "operare in eccesso" rispetto ad un'assicurazione del patrimonio di Secundus, perchè l'impoverimento di quest'ultimo è del tutto indifferente per l'altro, e non costituisce per lui un rischio assicurabile.

L'interpretazione della corte d'appello non appare neppure conforme al canone interpretativo che impone di rispettare la comune intenzione delle parti che è quella di fornire, in via principale, alla casa di cura una copertura assicurativa per tutti i danni provocati a terzi nell'ambito delle sue attività c.d. istituzionali, a causa di carenze della struttura o di errori dei medici o del personale a fronte del pagamento di un premio remunerativo dell'assunzione del rischio per l'assicurazione: interpretata la clausola nel senso indicato dalla corte d'appello, la clinica rimarrebbe in concreto priva di copertura assicurativa per quasi tutti i danni provocati al suo patrimonio dall'operato dei medici

non dipendenti, fino all'ingentissimo limite di Lire 1.5000.000.000 a sinistro.

9. – IL RICORSO, PER LA RAGIONI INDICATE, DEVE ESSERE ACCOLTO. Non essendo necessari altri accertamenti in fatto è possibile avvalersi delle facoltà di cui all'art. 384 c.p.c., comma 2 e decidere la causa nel merito.

Il contratto, nel suo complesso, appare assicurare la struttura sanitaria contro i rischi provocati al proprio patrimonio dagli eventuali danni a terzi, e dalla necessità di risarcirli, a causa di carenze della struttura sanitaria, o dell'operato dei medici e del personale dipendente, o a causa dell'operato di medici e personale non dipendenti ma che comunque si siano avvalsi della struttura o all'interno di essa abbiano operato. E' quindi volta a fornire, principalmente, una assicurazione per conto proprio, collegata all'operato proprio o altrui.

In questo programma contrattuale generale, si inserisce l'art. 7 delle condizioni particolari di polizza, sopra trascritto, e denominato "Altre assicurazioni", con la quale deve ritenersi, in una interpretazione che sia rispettosa del dato letterale ed anche del senso degli istituti assicurativi, che la compagnia di assicurazioni e la casa di cura abbiano inteso inserire nella polizza, che primariamente assicura la responsabilità civile della clinica (sia per fatto proprio che per fatto altrui) una assicurazione per conto altrui, in cui sono assicurati i medici operanti nella struttura, ma non dipendenti, volta a fornire agli stessi una copertura assicurativa aggiuntiva, rispetto alle loro coperture personali, e destinata a coprire solo i casi di danno particolarmente elevato (oltre 1,5 miliardi di Lire) per la parte non coperta dalla assicurazione personale per conto proprio, stipulata dai professionisti.

Nel caso di specie, avendo la casa di cura invocato la propria copertura assicurativa, per essere tenuta indenne da quanto la stessa era stata condannata a pagare ad una paziente per il danno occorso all'interno della struttura (ancorchè derivante non dal fatto proprio ma dal fatto di persone del cui operato doveva comunque rispondere), l'art. 7 delle condizioni particolari di contratto non doveva trovare applicazione, dovendosi invece ritenere la compagnia di assicurazioni tenuta a tenere indenne la clinica di quanto fosse stata tenuta a versare alla paziente per il fatto del L., dedotta la franchigia assoluta di Lire 5.000.000 (ora Euro 2.582,28), prevista dall'art. 1.1.8., come statuito dal giudice di primo grado.

Le spese del giudizio di legittimità seguono la soccombenza e si liquidano come al dispositivo.

In forza del c.d. effetto espansivo, la cassazione della sentenza impugnata,

accompagnata dalla decisione nel merito, ai sensi dell'art. 384 c.p.c., impone a questa Corte di provvedere alla liquidazione delle spese dell'intero giudizio, che si liquidano come al dispositivo, tenuto conto dell'esito del giudizio.

P.Q.M.

La Corte di Cassazione:

- accoglie il ricorso;
- cassa la sentenza impugnata e, decidendo nel merito, condanna la HDI Gerling Industrie Versicherung AG a tenere indenne la Maria Cecilia Hospital s.p.a. di tutte le somme che quest'ultima ha pagato o dovesse pagare a B.T.S. in esecuzione della sentenza del Tribunale di Bologna n. 5069 del 2009, al netto della franchigia di Euro 2.582,28;
- condanna la controricorrente alla rifusione in favore della ricorrente delle spese dei due gradi di merito, che si liquidano per il primo grado in Euro 1.500,00 di diritti ed Euro 1.800,00 di onorari e per il secondo in Euro 3.500,00 per compensi, oltre I.V.A., spese generali ed accessori di legge;
- condanna la controricorrente alla rifusione in favore della ricorrente delle spese del presente grado di giudizio, che si liquidano nella somma di Euro 4.600,00, oltre 200 per esborsi, oltre I.V.A. ed accessori di legge.

Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio della Corte di Cassazione, il 3 luglio 2019.

Depositato in Cancelleria il 21 novembre 2019