

N. R.G. 67830/2014



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di ROMA
DODICESIMA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Antonella Di Florio
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 67830/2014 promossa da:

F. [REDACTED] B. [REDACTED] con il patrocinio dell'avv. F. [REDACTED] T. [REDACTED]
B. [REDACTED] elettivamente domiciliato in R. [REDACTED] via G. [REDACTED] Z. [REDACTED]

ATTORE

contro

C. [REDACTED] D. P. [REDACTED] G. [REDACTED] S. [REDACTED] S. [REDACTED] G. [REDACTED] D. [REDACTED]
G. [REDACTED] C. [REDACTED] D. C. [REDACTED] P. [REDACTED] con il patrocinio dell'avv. FULVIO ZARDO e
dell'avv. GIOBBE ZARDO elettivamente domiciliata in Roma, VIA CARLO
MIRABELLO 17 presso lo studio del difensore;

CONVENUTO

e

B. [REDACTED] D' [REDACTED], in persona del legale rapp.te pro tempore, con il patrocinio
dell'avv. G. [REDACTED] L. [REDACTED] elettivamente domiciliata in V. N. [REDACTED] R. [REDACTED]
presso lo studio del difensore;

CHIAMATA IN CAUSA

e

G. [REDACTED] B. [REDACTED] S. [REDACTED] S. [REDACTED] e C. [REDACTED] P. [REDACTED]
A. [REDACTED]

CHIAMATI IN CAUSA CONTUMACI



CONCLUSIONI: le parti hanno concluso come da verbale d'udienza di precisazione delle conclusioni.

OGGETTO: controversia in materia di contratto assicurativo.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione regolarmente notificato, F. B. proponeva opposizione avverso il decreto ingiuntivo n° 47272/2014 emesso il 23.7.2014 dal Tribunale di Roma in favore della C. di C. P. con il quale veniva a lui ingiunto il pagamento di € 39.617,70 oltre interessi e spese per fatture insolute relative a prestazioni sanitarie ricevute all'interno della clinica per il ricovero subito dal 13.5.2013 al 27.9.2013 .

A sostegno dell'opposizione deduceva:

- 1) di essere pensionato ex dipendente della B. d', garantito dal contratto per l'assistenza sanitaria stipulato dall'Istituto in favore dei propri dipendenti con la C. P. A., valido per il periodo 1.7.2012 – 30.6.2014 e poi prorogato fino al 30.6.2015;
- 2) che detto contratto prevedeva, fra le altre cose, la copertura per la degenza e gli interventi chirurgici ad essa connessi;
- 3) che a seguito di frattura del piede destro avvenuta in data 17.7.2012 , aveva subito dapprima un ricovero presso l'O. S. S. e poi si era rivolto alla C. di C. P., nella cui struttura aveva subito quattro interventi chirurgici di artroplastica , classificabili come grandi interventi, con quattro distinti ricoveri, all'esito dei quali aveva contratto l'infezione di osteomelite stafilococco ;
- 4) che tutti i ricoveri erano avvenuti in convenzione diretta , in ragione della quale il pagamento veniva effettuato direttamente dalla compagnia di assicurazione alla struttura sanitaria con preventive autorizzazioni per ogni richiesta di ricovero nei quali era indicato anche il massimale di spesa residuo;
- 5) che nel settembre 2013, subito dopo aver ricevuto l'ultima autorizzazione che indicava un disavanzo di € 85839,00 , aveva ricevuto comunicazione telefonica e telematica dell'avvenuto esaurimento del massimale e che ciò lo aveva indotto ad abbandonare la Clinica con gravi danni alla salute;

tanto premesso , ritenendo che l'ingiunzione di pagamento fosse priva di fondamento in quanto riferita ad un inesistente superamento della somma garantita, chiedeva che il decreto ingiuntivo fosse revocato .

Chiedeva altresì l'autorizzazione a chiamare in causa la G. B. S. S. e la C. P. al fine di ottenere, ove l'opposizione non fosse stata accolta, la loro condanna a tenerlo indenne dal pagamento della somma oggetto di ingiunzione in



ragione della polizza assicurativa stipulata.

Chiedeva altresì che le parti convenute venissero condannate, in accoglimento della spiegata domanda riconvenzionale, al risarcimento dei danni fisici, materiali e psicologici da lui subiti a causa della forzata dimissione dalla clinica.

La C... di C... P... si è costituita chiedendo il rigetto dell'opposizione o, in subordine, l'accertamento della minor somma dovuta.

La B... D'..., chiamata in causa, si è costituita chiedendo la dichiarazione di inammissibilità del giudizio nei propri confronti.

La G... I... S... e la C... P... A... hanno scelto la contumacia.

Respinta la richiesta di provvisoria esecuzione del decreto ingiuntivo opposto, la causa è stata ritenuta in decisione all'udienza del 15.12.2016, con concessione dei termini per il deposito delle comparse conclusionali.

L'opposizione proposta nei confronti della C... di C... P... è infondata e deve essere respinta.

Le fatture prodotte unitamente alla richiesta di provvedimento monitorio sono infatti riferite a prestazioni effettivamente rese dalla C... di C... presso la quale il B... ebbe a subire i ricoveri meglio indicati nell'atto di opposizione.

La sua permanenza nella struttura sanitaria per i periodi indicati non è stata affatto contestata né, tanto meno, l'entità dell'importo richiesto e le prestazioni ad esso corrispondenti: in ordine all'ammissione di errore contenuta nella comunicazione del 16.10.2013, risulta chiaro, alla luce della ricostruzione del complessivo carteggio, che la notazione si riferisse non alla somma dovuta ma alla omessa comunicazione del superamento del massimale, circostanza questa che verrà riesaminata si seguito unitamente al vaglio della domanda riconvenzionale.

Il decreto ingiuntivo deve pertanto essere confermato.

In ordine alla domanda di manleva spiegata nei confronti della P... A... (C... I... per i dipendenti anche in quiescenza della B... d'I...) e le G... I... S... (già A... G... S...) e per esse la G... B... S... con le quali la B... d'... ha stipulato la polizza collettiva oggetto di controversia, si osserva quanto segue.

Dall'esame della polizza assicurativa prodotta in versione integrale dalla B... d'... emerge, per ciò che qui interessa, che:

- 1) il contratto prevedeva l'assistenza diretta nelle strutture convenzionate, fra le quali non è contestato che rientrasse la C... di C... P...: al riguardo deve precisarsi che il meccanismo di pagamento è affidato alla possibilità che l'assistito deleghi alla C... di saldare in sua vece le fatture emesse, previa autorizzazione delle G... A... S... alla convenzione diretta;



- 1) “le richieste di rimborso delle spese per prestazioni effettuate anche in tempi diversi sono considerate “un unico evento” se determinate da un’unica causa (v. definizioni” del contratto);
- 2) l’art. 3 delle condizioni generali di contratto prevede i “limiti di assistenza” precisando che la copertura è riferita alla massima disponibilità rimborsabile nell’annualità assistenziale , da quantificarsi , per ciò che qui interessa, fino alla concorrenza di € 160.000,00 annue per nucleo familiare, somma raddoppiabile in caso di “grande intervento chirurgico” per la cui individuazione la disposizione contrattuale rimanda ad un elenco allegato nel quale è menzionata “l’artroplastica delle grandi articolazioni”.

Deve, al riguardo, tenersi conto che:

- 1) la prima annualità della polizza assicurativa, avuto riguardo alla data della stipula del contratto, deve ricondursi al periodo 1.7.2012 - 1.7.2013;
- 2) il B. [redacted] ha subito, in data 17.7.2012, un primo intervento chirurgico per frattura traumatica trimalleolare del piede destro eseguito presso l’O. [redacted] S. [redacted] di R. [redacted] a seguito di complicazioni intervenute, è seguito un primo ricovero, autorizzato in convenzione diretta, presso la casa di cura P. [redacted] in data 1.10.2012 per infezione da pseudomonas e, successivamente, in data 19.2.2013, un ulteriore ricovero con intervento chirurgico per osteotomia da riallineamento ed osteosintesi TPA e sintetica con chiodo bloccato”.
- 3) ancora, il B. [redacted] ebbe a subire un ulteriore ricovero in data 13.5.2013 per una situazione infettiva grave (raccolta purulenta articolare e periarticolare , nel canale midollare) sviluppatasi a seguito del precedente intervento e riconducibile pertanto al massimale dell’annualità sopra richiamata.

Al riguardo, pacifico che l’onere di provare le circostanze costitutive del diritto vantato (fra le quali è certamente ricomprensibile la natura e la qualità dei trattamenti subiti) è a carico dell’opponente che ha sollevato la relativa eccezione, sia in ragione dell’inversione delle posizioni processuali esistente nel giudizio di opposizione a decreto ingiuntivo sia in ragione delle previsioni contrattuali contenute nella polizza (v. nelle definizioni preliminari del contratto prodotto sotto la voce evento/sinistro), si rileva che dalla documentazione prodotta deve escludersi che gli interventi subiti dal B. [redacted] siano qualificabili come “artroplastica” e possano dunque essere annoverati fra i grandi interventi: in disparte tutti i ricoveri effettuati per le numerosi infezioni contratte, infatti , dalle cartelle cliniche prodotte e dalla stessa “sintesi clinica di dimissione” del dott. A. [redacted] P. [redacted] nella quale è descritta la storia clinica del paziente emerge che l’intervento principale, effettuato in data 19.2.2013, consistette nel “riallineamento dei frammenti coinvolti nell’articolazione ed osteosintesi TPA e sintetica con chiodo bloccato”, intervento completamente diverso dall’artroplastica che consiste nell’inserimento totale o parziale di un arto o di parte di un arto sintetico. Né la pubblicazione prodotta dall’opponente (doc. 12) è utile ad un contrario convincimento



posto che, oltre tutto, riguarda una tipologia di intervento (mastectomia etc) completamente differente da quello in esame.

Deve quindi ritenersi accertato che il massimale di polizza coperto dalla convenzione diretta fra la compagnia di assicurazione (G. A. S. e P.) e la C. di C. fosse riconducibile al massimale di € 160.000,00 non raddoppiabile.

Tanto premesso in ordine al quantum cui la polizza assicurativa obbligava la compagnia chiamata in causa (oltre che la C. di P.), si rileva che la documentazione prodotta dal B. a sostegno della domanda di manleva, contiene un modulo di autorizzazione al pagamento diretto proveniente dalla G. B. S. (S. di I. d. G. A. S.) con il quale , in riferimento al ricovero del 13.5.2013 ed al sinistro n° 920130513200 , si autorizzava la prestazione in convenzione diretta fino all'esaurimento del massimale residuo di € 85.839,96, appartenente all'annualità assicurativa 1.7.2012/ 1.7.2013: con esso, tuttavia, veniva autorizzato il ricovero fino al 9.9.2013 (v. allegato 14 atto di opposizione). Detta autorizzazione veniva confermata, nel quantum, anche dal carteggio telematico successivo intercorso fra l'Amministrazione della C. di C. e la G. B. S. nella quale alla data del 20.9.2013 viene confermato che la copertura del "ricovero attuale" giungeva sino alla soglia di € 85.839,96.

Si rileva, tuttavia, che la fattura sulla base della quale il decreto ingiuntivo opposto è stato emesso (doc. 1 fascicolo monitorio prodotto dalla parte convenuta) e la richiesta dettagliata dell'importo dovuto (v. doc. n 4 del 16.10.2013 fascicolo monitorio) sono riferiti al ricovero per il periodo 13.5.2013 – 27.9.2013 , a fronte dell'autorizzazione sopra richiamata proveniente dalla G. B. S. che autorizzava il pagamento diretto fino al 9.9.2013: la somma richiesta – corrispondente al superamento del massimale di € 160.000,00 - è dunque riferita al periodo successivo a tale data (e cioè 9.9.2013 – 27.9.2013), rispetto al quale nessuna autorizzazione risulta comunicata dalla compagnia di assicurazione e nessuna specifica contestazione è stata mossa dal B. in ordine alla corrispondenza fra l'entità dell'importo richiesto e la effettiva prestazione della clinica.

Si ritiene, pertanto, che anche la domanda di manleva nei confronti di G. A. S. e della C. P. debba essere respinta, così come quella avanzata nei confronti della B. d'I. S., visto che l'istituto che ha stipulato il contratto di servizio per l'assistenza sanitaria dei dipendenti non ha alcuna responsabilità contrattuale in relazione alla vicenda in oggetto.

Deve, invece, essere accolta la domanda riconvenzionale proposta nei confronti della C. di C. P. ed avente per oggetto il risarcimento dei danni fisici, materiali e psicologici da lui subiti per la "forzata" dimissione dalla clinica, causati dalla illegittima e negligente gestione del rapporto assicurativo nel periodo di degenza, escludendosi analoga responsabilità delle parti chiamate in causa.

Al riguardo si osserva che dalla documentazione prodotta emerge che l'assicurato



rimase del tutto estraneo al conteggio relativo al superamento del massimale e che l'autorizzazione a lui pervenuta di conferma della copertura per un residuo di € 85.839,96 della G. B. S. non è stata accompagnata, da parte della clinica, da alcuna tempestiva comunicazione della soglia temporale di copertura, tenuto conto della pregressa indicazione della compagnia che indicava un ampio massimale residuo.

Risulta, inoltre, dalla documentazione prodotta che la comunicazione dello sfioramento del massimale avvenne ex post e non ex ante, come i fondamentali principi di correttezza e buona fede nell'adempimento del contratto impongono, tenuto anche conto delle condizioni di debolezza in cui l'assicurato si trovava a causa delle patologie invalidanti che lo affliggevano.

La dimissione dalla clinica – avvenuta in modo certamente spontaneo ma comunque indotto dall'improvvisa notizia dello sfioramento del massimale per un importo così rilevante come quello richiesto – e l'ammissione dell'errore da parte della casa di cura riportata nella comunicazione del 16.10.2013 sopra esaminata consente di ritenere, viste le documentate condizioni del B. di non piena guarigione, che egli riportò un danno di carattere esistenziale collegato al patimento derivante dalla esigenza di provvedere alle cure che gli erano necessarie al di fuori della struttura sanitaria che aveva prescelto.

Si ritiene, pertanto, di dover riconoscere in suo favore, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale collegato alla tutela del diritto fondamentale alla salute, la somma equitativamente determinata, in mancanza di prove concrete di un pregiudizio di misura superiore, in € 10.000,00 .

Le spese di lite, avuto riguardo all'andamento della controversia, alla evidente buona fede del B. ed alla novità della questione trattata per la parte involgente la qualificazione dell'intervento subito, nonché , limitatamente alla posizione della C. d. C. P., alla soccombenza reciproca , giustificano la compensazione delle spese fra le parti.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

rigetta l'opposizione proposta da B. F. e , per l'effetto, conferma il decreto ingiuntivo n° 18132/2014 a lui notificato il 25.7.2014.



Respinge la domanda nei confronti della B [redacted] d' [redacted]

Accoglie la domanda riconvenzionale proposta nei confronti della C [redacted] di C [redacted] P [redacted] e per l'effetto la condanna a corrispondere a B [redacted] F [redacted], a titolo di risarcimento del danno, la somma di € 10.000,00.

Respinge la domanda riconvenzionale nei confronti delle altre parti.

Dichiara interamente compensate le spese di giudizio.

Roma , 1 giugno 2017

Il Giudice
dott. Antonella Di Florio

