



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Enna, in persona del Giudice Dott. Eugenio Alberto Stancanelli, ha emesso la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al n. 1531/2018 R.G.

TRA

[REDACTED], nato a Mazzarino (CL) [REDACTED] (codice fiscale [REDACTED] F0650), residente in [REDACTED], rappresentato e difeso dall'Avv. Arturo Barbarino, elettivamente domiciliato presso il suo studio in Enna, Via Marche n. 5, come da procura in atti;

- RICORRENTE -

CONTRO

Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, con sede in Enna viale Diaz n. 49, in persona del Direttore, legale rappresentante pro tempore, presso cui è elettivamente domiciliata, rappresentata e difesa dall'avvocato Maria Elena Argento, come da mandato in atti;

RESISTENTE

E CONTRO

Allianz spa (C.F. 05032630963), corrente in Trieste Largo Ugo Irneri n. 1, in persona del procuratore speciale pro-tempore Dott. Domenico Randazzo, elettivamente domiciliata in Enna Via Pergusa n. 32 presso lo studio dell'Avv. Gaetano Cantaro e rappresentata e difesa dall'Avv. Francesco Costa, come da procura in atti;

TERZA CHIAMATA IN GARANZIA



Il giorno 20/1/2021, essendo stata disposta la trattazione del presente procedimento, secondo le modalità previste dall'art. 83, c. 7 lett. h del d.l. 18/20 (c.d. trattazione scritta), a seguito del deposito telematico di note, effettuato dalle parti costituite, la causa veniva posta in decisione e veniva depositata la presente sentenza.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con ricorso regolarmente notificato [REDACTED] evocava in giudizio l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna per ottenere il risarcimento del danno patrimoniale e non, patito a seguito della contrazione della brucellosi nello svolgimento dell'attività lavorativa prestata in suo favore, chiedendo che la predetta ASP fosse condannata a corrispondere al medesimo la complessiva somma di € 68.792,00 ovvero la diversa (maggiore o minore) somma risultante all'esito del giudizio, oltre interessi e rivalutazione monetaria come per legge.

Si costituiva l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna che, deducendo la mancanza del nesso di causalità tra l'evento e il danno patito dal ricorrente, chiedeva il rigetto delle avverse pretese, così come chiedeva di disporre l'integrazione nel contraddittorio con Allianz spa con la quale aveva stipulato una polizza che, nella prospettazione della medesima resistente, avrebbe coperto l'ammontare dal datore di lavoro spettante al ricorrente per la malattia contratta nello svolgimento della propria attività lavorativa

Autorizzata la relativa chiamata, la compagnia assicuratrice si costituiva, chiedendo, in ogni caso, il rigetto delle pretese di parte ricorrente ed eccependo, nei confronti dell'Asp, la carenza di legittimazione passiva della medesima chiamata in causa per mancanza di copertura contrattuale assicurativa, non riguardando la polizza inter partes invocata le malattie professionali ma soltanto gli infortuni sul lavoro, l'improponibilità della domanda per il mancato avvio della procedura arbitrale espressamente prevista nel contratto e, soltanto nelle note conclusive, la decadenza dell'assicurato dal diritto all'indennizzo per non avere denunciato il sinistro nei termini di polizza e di legge.

L'azione promossa col presente giudizio è un'azione di risarcimento del danno subito in re-



lazione al rapporto di lavoro subordinato intercorso tra il ricorrente e l'Azienda resistente

Qualora dalla paventata violazione contrattuale posta in essere dal datore di lavoro derivi anche una lesione di diritti che spettano al lavoratore indipendentemente dal rapporto di lavoro, il danneggiato ha a disposizione due distinte azioni: quella contrattuale e quella extracontrattuale.

Per la qualificazione della domanda come azione di responsabilità contrattuale occorre che la stessa sia fondata sull'inosservanza da parte del datore di lavoro di una precisa obbligazione contrattuale, ossia è necessaria una qualificazione espressa della domanda e non la semplice prospettazione dell'inosservanza dell'art. 2087 c.c. o di altre disposizioni legislative, strumentali alla protezione delle condizioni di lavoro dipendente.

Nel caso di specie il ricorrente intende far valere un diritto di credito di natura risarcitoria, che trova il suo fondamento nell'art. 2087 c.c., per cui si versa nella fattispecie della responsabilità contrattuale.

In tale ultima circostanza infatti i principi civilistici violati dal datore di lavoro si incardinano in un rapporto obbligatorio (quello di lavoro) regolato dall'art. 1218 c.c.

Ebbene, con riferimento alla norma contenuta nell'art. 2087 invocato da parte ricorrente, pare opportuno chiarire la ripartizione dell'onere della prova, come ribadito dalla più condivisibile giurisprudenza, allo scopo di verificare se questo è stato assolto dalle parti e dunque di vagliare la fondatezza delle pretese avanzate dal ricorrente.

Tale norma impone al datore di lavoro l'adozione di condizioni di lavoro che non devono solo essere tali da prevenire possibili infortuni e/o malattie che interessano il fisico del lavoratore, ma devono anche garantire l'esistenza di un ambiente ed in genere di un rapporto di lavoro consono alla persona umana.

Infatti, a norma dell'art.2087 c.c. e del T.U. in materia di Sicurezza sul lavoro (D.Lvo n.81/08 come modificato da Dlvo n.106/09) il lavoratore ha diritto ad effettuare la propria prestazione lavorativa in condizioni compatibili con il proprio stato di salute, trattandosi di diritto costituzionalmente garantito.



In ordine alla prova, dunque, si precisa che il riparto degli oneri probatori si pone negli stessi termini posti dall'art. 1218 cod. civ., in forza del quale il creditore che agisce per il risarcimento del danno deve provare tre elementi: la fonte (negoziale o legale) del suo diritto, il danno, e la sua riconducibilità al titolo dell'obbligazione; a tale scopo egli può limitarsi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre è il debitore convenuto ad essere gravato dell'onere di provare il proprio adempimento, o che l'inadempimento è dovuto a causa a lui non imputabile.

Pare opportuno richiamare la giurisprudenza in materia.

“La responsabilità del datore di lavoro di cui all'art. 2087 c.c. è di natura contrattuale, per cui, ai fini del relativo accertamento, sul lavoratore che lamenti di aver subito a causa dell'attività lavorativa svolta un danno alla salute, incombe l'onere di provare l'esistenza del danno e la nocività dell'ambiente di lavoro, nonché il nesso tra l'uno e l'altro elemento, mentre grava sul datore di lavoro l'onere di provare di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno”. (Cass. civ., Sez. lavoro, 16 febbraio 2012, n. 2251, n. 16003 del 19/07/2007 n. 10319 del 26/04/2017).

Ed ancora *“le norme dettate in tema di prevenzione degli infortuni sul lavoro, tese ad impedire l'insorgenza di situazioni pericolose, sono dirette a tutelare il lavoratore non solo dagli incidenti derivanti dalla sua disattenzione, ma anche da quelli ascrivibili ad imperizia, negligenza ed imprudenza dello stesso, con la conseguenza che il datore di lavoro è sempre responsabile dell'infortunio occorso al lavoratore, sia quando ometta di adottare le idonee misure protettive, sia quando non accerti e vigili che di queste misure venga fatto effettivamente uso da parte del dipendente, non potendo attribuirsi alcun effetto esimente, per l'imprenditore, all'eventuale concorso di colpa del lavoratore, la cui condotta può comportare, invece, l'esonero totale del medesimo imprenditore da ogni responsabilità solo quando presenti i caratteri dell'abnormità, inopinabilità ed esorbitanza, necessariamente riferiti al procedimento lavorativo "tipico" ed alle direttive ricevute, così da porsi come causa esclusiva dell'evento”* (Cass. n. 19559 del 13/09/2006), *“La responsabilità del datore di lavoro, in relazione al precetto stabilito dall'art. 2087 cod. civ., nel caso di danno alla salute subito*



dal lavoratore dipendente è esclusa se il danno è provocato da una condotta di quest'ultimo del tutto atipica ed eccezionale rispetto al procedimento lavorativo e alle direttive ricevute in modo da porsi come causa esclusiva dell'evento dannoso" (Cass. n. 7127 del 23/03/2007) ed infine *"Ai fini dell'accertamento della responsabilità del datore di lavoro, ex art. 2087 cod. civ. - la quale non configura un'ipotesi di responsabilità oggettiva - al lavoratore che lamenti di aver subito, a causa dell'attività lavorativa svolta, un danno alla salute, incombe l'onere di provare l'esistenza di tale danno, la nocività dell'ambiente di lavoro ed il nesso causale fra questi due elementi, gravando invece sul datore di lavoro, una volta che il lavoratore abbia provato le suddette circostanze, l'onere di dimostrare di avere adottato tutte le cautele necessarie ad impedire il verificarsi del danno e, tra queste, di aver vigilato circa l'effettivo uso degli strumenti di cautela forniti al dipendente non ponendo il datore medesimo essere totalmente esonerato da responsabilità in forza dell'eventuale concorso di colpa del lavoratore, se non quando la condotta di quest'ultimo, in quanto del tutto imprevedibile rispetto al procedimento lavorativo "tipico" ed alle direttive ricevute, rappresenti essa stessa la causa esclusiva dell'evento"* (Cass. n. 3786 del 17/02/2009).

Nel caso di specie, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna non ha contestato la contrazione della malattia denunciata dal ricorrente, ma la circostanza che non sia stato provato che lo stesso abbia subito il contagio al di fuori della prestazione lavorativa espletata alle dipendenze della medesima ASP, non potendosi assolutamente escludere che ciò possa essere avvenuto nel corso dell'espletamento dell'esercizio della libera professione da parte di [REDACTED] o in ragione dell'assunzione di alimenti contaminati,.

Al contrario il ricorrente ha dedotto che l'occasione del sofferto contagio da brucella debba circoscriversi all'espletamento dei piani di risanamento nell'anno 2013.

Venendo alle ulteriori osservazioni argomentative fornite da parte resistente, questa ha rilevato come il ricorrente avrebbe avuto in dotazione tutti i necessari strumenti per la conduzione dei controlli per l'anno 2013, citati dallo stesso e che lo stesso avrebbe ricevuto informazioni in ordine alla corretta conduzione dei controlli, secondo il regolamento di attuazione alla corretta gestione e



diagnostica dei focolai di brucellosi e tubercolosi.

A tal proposito, tuttavia, occorre osservare che la superiore linea difensiva sia rimasta del tutto sprovvista di prova e di ogni minimo riscontro, rimanendo a livello di semplice labiale deduzione, non confortata da dati fattuali certi.

Infatti, non si rinviene in atti alcuna prova precostituita, né tanto meno è stata chiesta l'espletamento di alcuna prova orale volta a suffragare l'avvenuta adozione delle misure sopra indicate, o che al ricorrente fosse stata impartita la necessaria formazione in materia di prevenzione e protezione dei rischi professionali né che gli fossero stati consegnati i D.P.I.".

Ed invero, va rilevato l'incontro formativo al quale avrebbe partecipato il ricorrente risulta essersi tenuto solo nel mese di ottobre 2013, ovvero sul finire dello stesso anno in cui il ricorrente ha contratto la brucellosi.

D'altronde come sopra puntualizzato, vertendosi in materia di responsabilità contrattuale, sul lavoratore che lamenti di aver subito a causa dell'attività lavorativa svolta un danno alla salute, incombe l'onere di provare l'esistenza del danno e la nocività dell'ambiente di lavoro, nonché il nesso tra l'uno e l'altro elemento, mentre grava sul datore di lavoro l'onere di provare di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno.

Invero, il ricorrente ha assolto l'onere su d'esso gravante: allegando l'inadempimento da parte dell'Azienda datoriale degli obblighi di prevenzione e protezione cui soggiace a mente dell'art. 2087 c.c. e del D. Lgs. n. 81/2008 (come modificato dal D. Lgs. n. 106/2009); provando l'esistenza del danno biologico sofferto ed il nesso eziologico tra l'inadempimento ed il danno denunciato, oltre la soglia del più probabile che non, oltre che sulla base dell'ampia documentazione offerta in comunicazione, anche a mezzo della consulenza tecnica espletata in seno al giudizio ex 696 bis cpc, azionato prima del presente giudizio.

D'altra parte, è incontestato che la malattia sia stata contratta nel periodo (anno 2013) in cui il ricorrente espletava i controlli sanitari oggetto dell'incarico ambulatoriale, finalizzati alla profilassi ed all'eradicazione di alcune patologie, quali la tubercolosi, la leucosi bovina enzootica e, ap-



punto, la brucellosi.

In particolare, occorre, poi, tenere conto del fatto che il ricorrente abbia offerto la prova positiva contraria alle argomentazioni di parte resistente, documentando, a mezzo le fatture e le ricette emesse nel periodo in cui è pacificamente circoscritta la contrazione della brucella (id est l'anno 2013), che egli in tale intervallo, e nel tempo non assorbito dall'attività lavorativa svolta in favore dell'Azienda resistente, abbia limitato l'esercizio della libera professione alle prestazioni ambulatoriali in favore di persone fisiche proprietarie di animali da compagnia e mai di aziende zootecniche (cfr. l'intestazione delle fatture e delle ricette e la descrizione della prestazione fiscalizzata – DOCC. NN. 12 e 13).

In ogni caso poi, non si rinvergono le condizioni ed i presupposti di fatto, per ricondurre al ricorrente gli estremi di una condotta abnorme ed imprevedibile, che avrebbe interrotto il nesso di causalità.

Infatti, il datore di lavoro ha l'obbligo di adottare tutte le misure idonee e necessarie per tutelare l'integrità fisica del lavoratore, assumendo, sotto tale profilo, una posizione di garanzia per cui, in caso di mancata ottemperanza, l'eventuale evento dannoso gli è imputabile.

In particolare, *“il datore di lavoro, ai sensi dell'art. 2087 c.c., è tenuto a prevenire anche le condizioni di rischio insite nella possibile negligenza, imprudenza o imperizia del lavoratore, dimostrando di aver messo in atto a tal fine ogni mezzo preventivo idoneo, con l'unico limite del c.d. rischio elettivo, da intendere come condotta personalissima del dipendente, intrapresa volontariamente e per motivazioni personali, al di fuori delle attività lavorative ed in modo da interrompere il nesso eziologico tra prestazione e attività assicurata”* (vedasi, in tal senso la recentissima, Cass. Cassazione Civile, Sez. Lav., 08 ottobre 2018, n. 24741).

Pertanto, deve ritenersi che nessuna prova sia stata dedotta dall'azienda sanitaria al fine di escludere la presunzione di responsabilità a suo carico.

Chiarito quanto sopra in ordine all'an, va rilevato, con riferimento al quantum, che parte ricorrente abbia chiesto il ristoro del danno non patrimoniale subito, sub specie di danno biologico.



Pare opportuno a tal proposito, richiamare la relazione di consulenza espletata nel corso del giudizio introdotto ex art. 696 bis c.p.c.

A proposito dell'an l'ausiliario ha riferito, dando ulteriore conferma di quanto sopra accertato che *"Nell'odierno caso di osservazione vengono rispettati tutti i criteri del nesso di causalità materiale: il criterio cronologico, il criterio topografico, il criterio dell'efficienza lesiva, l'esclusione di altre cause, la continuità fenomenologica, avendosi avuta una infezione durante il prelievo ematico o l'effettuazione di tamponi agli animali affetti dalla brucella, durante l'attività di medico veterinario deputato dall'A.S.P. al controllo degli allevamenti e delle aziende agricole a seguito di segnalazione di epidemia brucellare avvenuta nel territorio della A.S.P di Enna nel periodo 2013-2014, così come da elenco aziende affidate dalla A.S.P. al controllo del periziando e a liste allevamenti di cui agli allegati di causa, dove vengono riportate le aziende e gli allevamenti risultati infetti"*.

Venendo, pertanto, alla concreta determinazione del quantum, oggetto del risarcimento del danno cui ha diritto l'odierno ricorrente, si osserva che, nella sopra richiamata perizia è stato accertato che questi abbia subito un danno biologico del 12 %, nonché giorni 445 di I.T.T. (ossia dal 9 gennaio 2014 al 30 marzo 2015).

L'Azienda resistente non ha nemmeno minimamente o genericamente contestato la determinazione operata dal ctu in seno al giudizio ex 696 bis cpc, ragion per cui deve ritenersi provata l'entità del danno patito da [REDACTED] in ragione della patologia contratta nell'espletamento della propria attività lavorativa alle dipendenze dell'Asp di Enna.

Per la liquidazione del danno si ritiene di dover applicare le tabelle di Milano, aggiornate al 2018, in quanto trattasi delle tabelle maggiormente utilizzate dai tribunali di tutt'Italia, coerentemente con le sentenze delle Sezioni Unite del 2008, facendo queste riferimento ad un criterio equitativo del c.d. punto d'invalidità commisurato alla gravità della lesione dell'integrità subita dal danneggiato e reso flessibile in rapporto all'età del danneggiato medesimo, proponendo tali tabelle una liquidazione congiunta: del danno non patrimoniale conseguente a lesione permanente dell'integrità



psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale, sia nei suoi risvolti ematoma-funzionali e relazionali medi, del danno non patrimoniale conseguente alle medesime lesioni in termini di dolore e sofferenza soggettiva, in via di presunzione in riferimento ad un dato tipo di lesione, vale a dire la liquidazione congiunta dei pregiudizi in passato liquidati a titolo del c.d. danno biologico "standard" (c.d. personalizzazione per particolari condizioni soggettive del danno biologico - danno morale).

Nel caso in esame, tenuto conto età di [REDACTED] al momento della contrazione della malattia per cui è causa (48) e della percentuale d'invalidità (12 %), per ciascun punto nella tabella viene riconosciuto l'importo di euro 3.097,90 debitamente abbattuto col coefficiente di riferimento per l'età del danneggiato (pari a 0,765); indi, tale danno va liquidato l'importo complessivo di euro 28.439,00.

Con riferimento al danno non patrimoniale temporaneo derivante dalla lesione alla persona, è stato proposto, nelle suddette tabelle, una forbice di valori monetari da un minimo di euro 98,00 ad un massimo di euro 147,00, con un medio, quindi, di euro 122,50, in modo da consentire l'adeguamento del risarcimento alle caratteristiche del caso concreto.

Per ciascun giorno di invalidità temporanea assoluta va, pertanto, liquidato (sulla base dei criteri stabiliti uniformemente dalla tabella prescelta) un importo di euro 122,50; indi, tenuto conto del periodo di 449 giorni di invalidità temporanea totale (I.T.T.), va liquidata la somma di euro 54.512,50.

Pertanto, il danno biologico va calcolato nell'importo complessivo di euro 82.951,50, di cui euro 28.439,00 per l'invalidità permanente ed euro 54.512,50 per l'invalidità temporanea.

Sulla somma dovuta a titolo di risarcimento danni, trattandosi di debito di valore, andranno calcolati la rivalutazione monetaria e gli interessi legali sulla somma annualmente rivalutata dalla data del (9.01.2014) al soddisfo.

La voce di pregiudizio biologico sofferto dalla ricorrente deve ritenersi comprensiva anche di ogni altra sofferenza morale ed esistenziale legata alla malattia, per le ragioni sopra riportate.



Occorre precisare che il calcolo operato in questa sede appare superiore rispetto a quanto indicato dal ricorrente stesso, ma che lo stesso debba essere liquidato in tal maggior misura, senza incorrere in alcun vizio di ultrapetizione, seppur limitatamente al quantum, avendo richiesto il ricorrente, comunque, la condanna di parte avversa alla maggiore o minor somma che risultasse dovuta all'esito del giudizio.

A questo punto, occorre accertare la fondatezza o meno delle obiezioni mosse da parte della compagnia assicurativa, nei confronti dell'Azienda Sanitaria Provinciale, avendo chiesto quest'ultima di essere manlevata per il pagamento delle somme dovute a titolo di risarcimento del danno a parte ricorrente.

Per quanto attiene alla dedotta mancanza di copertura contrattuale assicurativa, non riguardando la polizza inter-partes invocata, a dire della terza chiamata, le malattie professionali ma soltanto gli infortuni sul lavoro, si osserva quanto segue.

In particolare, l'assicurazione chiamata ha dedotto che la garanzia prestata dalla medesima prevedesse la corresponsione di un indennizzo in favore del soggetto assicurato che sia stato vittima di un infortunio, ossia di un *"evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o patologie oggettivamente constatabili"* (cfr. pag. 6 delle allegate condizioni generali di polizza), rilevando come soltanto *"gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale, o una inabilità temporanea ..."* (cfr. art. 8 pag. 10 della polizza) fossero l'oggetto dell'assicurazione.

Il problema in discussione è, in sintesi, se un'infezione acutamente contratta, virulenta, come l'infezione da Brucellosi, rientri negli eventi indennizzabili nel contesto di un contratto di polizza privata infortuni.

Ebbene, l'impianto della polizza infortuni, stipulata tra le parti, definisce come infortunio come quell'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea e questo soltanto sarebbe oggetto di copertura assicurativa, potendosi age-



volmente distinguersi in termini generali dalla nozione di malattia che integra una lesione dell'integrità psico-fisica dovuta all'espletamento di una certa attività professionale.

Tuttavia, occorre osservare che l'infezione virale è chiaramente fortuita, non è certamente un atto volontario entrare a contatto con persona o come nel caso di specie animale infetto e non può esserci un comportamento imprudente; che l'infezione virale è chiaramente esterna (il virus non è una malattia degenerativa del corpo, ma è un fattore lesivo che viene dall'esterno); che l'infezione virale è una causa violenta perché il contatto infettante con il virus non è dilatato nel tempo, ma concentrato cronologicamente (Non si tratta ad esempio dell'effetto lesivo cronico di un fattore ambientale ma necessariamente deve esistere un momento concentrato singolo in cui l'infezione viene contratta. È quindi intrinseco alla patologia che la causa sia violenta cioè concentrata cronologicamente).

Il concetto di "violenza" per l'infezione va quindi ancorato ai casi in cui l'agente "infettante" (cioè esterno) abbia avuto una carica infettiva di per sé idonea a determinare nei termini di rilevanza contrattuale conseguenze di lesione corporali obiettivamente, che possano tradursi in un danno alla capacità lavorativa dell'Assicurato.

Che l'evento infezione produca delle lesioni corporali è evidentemente fuor di dubbio. Non c'è nessuna norma contrattuale che dica che la lesione corporale debba essere "immediata" ed esistono molteplici fattispecie in cui la lesione corporale indennizzabile si manifesta con una certa latenza temporale rispetto all'evento infortunio.

Cio che cambia è solo la modalità con cui la natura biologica del singolo fattore lesivo dotato di "violenza causale" si estrinseca in modo obiettivamente constatabile, ovvero con una certa latenza o con un vero e proprio "intervallo libero" asintomatico.

Infatti, sul punto, Cass. civ., sez. lav., 28-10-2004, n. 20941 (in tema di Infezione virale/microbica) ha statuito che *"In materia di assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, si configura la causa violenta anche nell'azione di fattori microbici o virali i quali, penetrando nell'organismo umano, ne determinino l'alterazione dell'equilibrio anatomo-*



fisiologico, purché tale azione, anche se gli effetti si manifestino dopo un certo lasso di tempo, sia in rapporto con lo svolgimento dell'attività lavorativa anche in difetto di una specifica causa violenta alla base dell'infezione."

Infine, va constatato come non si rinvenga nel contratto di assicurazione in esame una determinata clausola di "esclusione" di indennizzo in caso di contrazione virulenta di infezione, la quale per essere operativa deve sempre richiamata nel contratto.

In conclusione, si può ritenere che tutti le infezioni caratterizzate da virulenza potrebbero essere escluse dall'indennizzabilità per la presenza di una clausola di esclusione, e non perché non rientranti nel concetto di fortuito violento ed esterno.

Il dato di fatto è che in assenza di una specifica esclusione le infezioni acute virulente che provengono dall'esterno soddisfano la definizione di infortunio.

Per tali ragioni la prima eccezione sollevata dall'Allianz spa deve essere rigettata.

In ordine all'asserita improponibilità della domanda per il mancato avvio della procedura arbitrale espressamente prevista nel contratto va osservato come l'art. 14 della polizza in atti, non prevede una condizione di proponibilità della domanda di indennizzo.

Infatti, la procedura di nomina di un collegio dei medici, in tale articolo previsto, non costituisce il presupposto ed il requisito necessario da anteporre ad ogni domanda di copertura assicurativa, quale condizione della sua operatività, operando soltanto nel caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni o sul grado dell'inabilità in capo al soggetto assicurato, tra la società stipulante e la compagnia assicuratrice.

Tale circostanza non opera nel caso di specie essendo, in ordine alla sussistenza ed alle conseguenze dell'evento, concorde la posizione della resistente e della chiamata in causa (negando entrambe l'addebito), ed essendo, soprattutto, accertato giudizialmente la sussistenza della patologia e la percentuale di invalidità riscontrata in capo al ricorrente.

Infine, non può che ritenersi tardiva l'esplicitazione dell'ultima doglianza avanzata dalla chiamata in causa, ossia la decadenza dell'assicurato dal diritto all'indennizzo per non avere denun-



ziato il sinistro nei termini di polizza e di legge, essendo stato fatto valere soltanto con le note conclusive.

Ed invero, non può considerarsi tale e qualificarsi come esplicita manifestazione di volontà della compagnia assicuratrice, di far valere una tale eccezione, in senso proprio e stretto, che richiede, conseguentemente, una chiara presa di posizione, l'inciso, posto semplicemente tra parentesi e senza ulteriori approfondimenti o spiegazioni, apposto a pagina 5 della memoria di costituzione dell'Allianz.

In ogni caso, anche a non voler condividere tale impostazione, non può non richiamarsi il disposto di cui agli articoli 1913 e 1915 c.c. e la sua interpretazione invalsa in giurisprudenza.

Gli Ermellini hanno osservato, dunque, che l'art. 1913 co 1 c.c. dispone che l'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza e il successivo art. 1915 co 1 c.c. prevede che "l'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso perde il diritto all'indennità" e, al secondo comma, che "se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto".

A tal proposito si veda Cass. N. 13355 del 30/06/2015 per cui *"Affinché l'assicurato possa ritenersi dolosamente inadempiente all'obbligo di dare avviso all'assicuratore, ai sensi dell'art. 1915, primo comma, cod. civ., con l'effetto di perdere il diritto all'indennità, non è richiesto lo specifico e fraudolento intento di arrecare danno all'assicuratore, ma è sufficiente la consapevolezza dell'obbligo previsto dalla norma e la cosciente volontà di non osservarlo"*.

La Suprema Corte chiarisce, pertanto che la formulazione delle disposizioni richiamate impone di stabilire cosa debba intendersi per "inadempimento doloso" dell'obbligo di avviso.

In particolare, va chiarito se "doloso" possa essere qualificato l'inadempimento volontario o se per "doloso" vada inteso l'inadempimento dettato dal fine di recare pregiudizio all'assicuratore o di procurarsi un vantaggio in danno di questi.

L'onere di provare il dolo spetta in ogni caso all'assicurazione.



Infatti, “In tema di assicurazione contro i danni, l’inosservanza, da parte dell’assicurato, dell’obbligo di dare avviso del sinistro, secondo le specifiche modalità ed i tempi previsti dall’art. 1913 c.c ed, eventualmente, dalla polizza, non può implicare, di per sé, la perdita della garanzia assicurativa, occorrendo a tal fine accertare se detta inosservanza abbia carattere doloso o colposo, dato che, nella seconda ipotesi, il diritto all’indennità non viene meno, ma si riduce in ragione del pregiudizio sofferto e provato dall’assicuratore, ai sensi dell’art. 1915 co 2 c.c “.

Nel caso previsto dall’art. 1915 co 1 c.c. dovrà provare il fine fraudolento dell’assicurato; in quello regolato dall’art. 1915 co 2 dovrà invece dimostrare che l’assicurato volontariamente non ha adempiuto all’obbligo di dare l’avviso, nonché la misura del pregiudizio sofferto.

Nel caso di specie non è stata fornita alcuna delle suddette prove.

Infine, ed in ogni caso, soltanto in data 25.7.2014 il ricorrente ha formulato formale richiesta di indennizzo all’Asp di Enna, la quale a sua volta, in data 29.7.2014, e dunque entro i termini previsti dalla polizza ha comunicato alla compagnia assicurativa la denuncia di sinistro e la richiesta di copertura assicurativa, in forza del contratto con la medesima chiamata in causa.

Per tali ragioni ogni doglianza dell’Allianz spa deve essere rigettata.

Alla luce di quanto sopra deve ritenersi l’Asp di Enna tenuta al pagamento delle somme spettanti al ricorrente in forza dell’infezione per cui è causa ed, a sua volta, Allianz spa tenuta a manlevare la medesima Azienda dell’importo spettante al ricorrente a titolo di risarcimento del danno dallo stesso patito.

In ordine alle spese di lite, queste seguono la soccombenza e dunque occorre condannare l’Asp al pagamento delle spese del procedimento sostenute dal ricorrente per il presente procedimento e per quello ex art. 696 bis cpc e l’Allianz spa al pagamento delle spese di lite sostenute dall’Asp nel presente giudizio.

Si pongono definitivamente a carico dell’Asp di Enna le spese di consulenza espletata nella fase de

P.Q.M.



Il giudice, definitivamente pronunciando:

1. Dichiarare il diritto di [REDACTED] al risarcimento del danno non patrimoniale, patito dallo stesso, in conseguenza della contrazione della brucellosi nello svolgimento dell'attività lavorativa prestata in favore dell'Azienda Sanitaria di Enna e, per l'effetto, condanna la stessa Azienda alla corresponsione della somma di euro 82.951,50, che liquida in favore dello stesso a tale titolo, oltre la rivalutazione monetaria e gli interessi legali sulla somma annualmente rivalutata sino al soddisfo;
2. Condanna l'Allianz Spa a manlevare l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna da quanto questa tenuta a pagare in favore di [REDACTED] a titolo di danno non patrimoniale;
3. Condanna l'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna al pagamento delle spese di lite sostenute da [REDACTED] che liquida in complessivi € 8.815,00 per compensi per il presente giudizio ed euro 2.910,00 per compensi per il giudizio ex art. 696 bis cpc, oltre spese generali, iva e cpa come per legge;
4. Condanna l'Allianz Spa al pagamento delle spese di lite sostenute dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna, per il presente giudizio, che liquida in complessivi € 8.815,00 per compensi, oltre oneri previdenziali ed assistenziali;
5. Si pongono definitivamente a carico dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Enna le spese di consulenza del giudizio ex art. 696 bis cpc.

Enna 20.1.2021.

Il Giudice

Dott. Eugenio Alberto Stancanelli

