

Cassazione civile sez. III - 03/11/2025, n. 29054

## Intestazione

REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE  
SEZIONE TERZA CIVILE

Composta dai Signori Magistrati:

Dott. DE STEFANO Franco - Presidente  
Dott. GIANNITI Pasquale - Consigliere  
Dott. VALLE Cristiano - Consigliere  
Dott. TATANGELO Augusto - Consigliere relatore  
Dott. PELLECCIA Antonella - Consigliera

ha pronunciato la seguente

### SENTENZA

sui ricorsi iscritti al numero 20570 del ruolo generale dell'anno 2024,

proposti da

Go.St. (C.F.: (OMISSIS))

rappresentato e difeso dagli avvocati Vincenzo Paltrinieri (C.F.: (OMISSIS)) e Luca Paltrinieri (C.F.: (OMISSIS))

Go.Gi. (C.F.: (OMISSIS))

Vi.Ro. (C.F.: (OMISSIS))

rappresentati e difesi dall'avvocato Marco Luciano Arienti (C.F.: RNT (OMISSIS))

- ricorrenti -

nei confronti di

ALLIANZ Spa (C.F.: (Omissis)), in persona dei legali

rappresentanti pro tempore, Co.Da. e Ci.Ma.

rappresentata e difesa dall'avvocato Domenico Vizzone (C.F.: (OMISSIS))

- controricorrente - ricorrente in via incidentale -  
nonché

COMUNE DI SAN SALVATORE MONFERRATO (C.F.: Omissis), in persona del Sindaco, legale rappresentante pro tempore

rappresentato e difeso dall'avvocato Carlo Vaira (C.F.: (OMISSIS))

F.I.P. - FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO (C.F. (Omissis)), in persona del Presidente, legale rappresentante pro tempore, Pe.Gi.

rappresentata e difesa dall'avvocato Giancarlo Guarino (C.F.: (OMISSIS))

ASD MONFERRATO 2013 BASKETBALL (C.F.: (Omissis)), in persona del Presidente, legale rappresentante pro tempore, Be.Pa.

rappresentata e difesa dagli avvocati Renato Fedeli (C.F.: (OMISSIS)) e Riccardo Masiero (C.F.: (OMISSIS))

- controricorrenti -

per la cassazione della sentenza della Corte di Appello di Torino n.

579/2024, pubblicata in data 21 giugno 2024;

udita la relazione sulla causa svolta alla pubblica udienza in data 16 ottobre

2025 dal consigliere Augusto Tatangelo;

uditi:

il pubblico ministero, in persona del sostituto procuratore generale dott.

Alessandro Pepe, che ha concluso, come da requisitoria scritta in atti,

chiedendo "che la Corte accolga il primo motivo del ricorso di S.G. e il

quinto motivo del ricorso incidentale dei genitori di S.G. respinti tutti gli

altri motivi; accolga altresì il ricorso incidentale della compagnia

A.";

l'avvocato Luca Paltrinieri, per il ricorrente Go.St.;

l'avvocato Luca Paltrinieri, per delega dell'avvocato Marco Luciano

Arienti, per i ricorrenti Go.Gi. e Vi.Ro.;

l'avvocato Giancarlo Guarino, per delega dell'avvocato Domenico Vizzone,

per la controricorrente (e ricorrente in via incidentale) ALLIANZ

Spa;

l'avvocato Beatrice Di Benedetto, per delega dell'avvocato Carlo Vaira,

per il controricorrente Comune di San Salvatore Monferrato;

l'avvocato Giancarlo Guarino, per la controricorrente F.I.P.;

l'avvocato Renato Fedeli, per la controricorrente ASD MONFERRATO 2013

BASKETBALL.

## FATTI DI CAUSA

Go.St. ha agito in giudizio nei confronti del Comune di San Salvatore Monferrato e dell'Associazione sportiva ASD 2013 Monferrato BASKETBALL per ottenere il risarcimento dei gravi danni subiti in seguito ad un incidente avvenuto nel corso di un incontro di pallacanestro del campionato regionale di prima divisione, tenutosi presso il palazzetto sportivo di proprietà del Comune di San Salvatore Monferrato, al quale partecipava come componente della squadra della predetta associazione, che gestiva l'impianto.

La ASD 2013 Monferrato BASKETBALL ha chiamato in giudizio la FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO - F.I.P., quale responsabile dell'evento dannoso che, a sua volta, ha chiamato in giudizio la propria compagnia assicuratrice della responsabilità civile, ALLIANZ Spa

Sono, altresì, intervenuti nel giudizio Go.Gi. e Vi.Ro., genitori dell'attore, chiedendo il risarcimento dei danni subiti in proprio, in conseguenza dell'evento dannoso occorso al figlio.

Le domande degli attori e degli interventori sono state parzialmente accolte dal Tribunale di Alessandria, che ha ritenuto responsabili dell'evento dannoso, in concorso, la ASD 2013 Monferrato BASKETBALL (per una quota di responsabilità del 40%), la F.I.P. (per una quota di responsabilità del 40%) e il Comune di San Salvatore Monferrato (per una quota di responsabilità del 20%), condannando tali soggetti, in solido, al pagamento: a) in favore di Go.St., dei seguenti importi: a1) Euro 522.137,34 a titolo di danno non patrimoniale, oltre accessori; a2) Euro 294.212,84, a titolo di spese mediche, oltre accessori; a3) Euro 211.703,32 a titolo di danno patrimoniale da perdita capacità lavorativa specifica, oltre accessori"; b) in

favore di Vi.Ro.: b1) Euro 269.200,00 a titolo di danno non patrimoniale da lesione del rapporto parentale, oltre accessori; b2) Euro 10.822,34, a titolo di danno non patrimoniale personale, oltre accessori; b3) Euro 104.507,77 a titolo di danno patrimoniale per perdita redditi da lavoro, oltre accessori; b4) Euro 27.892,15 per spese vive per viaggi e alloggio, oltre accessori; c) in favore di Go.Gi.: Euro 269.200,00, a titolo di danno non patrimoniale da lesione del rapporto parentale, oltre accessori.

Il Tribunale ha, inoltre: d) accolto "le domande di regresso avanzate da ASD MONFERRATO 2013 BASKETBALL contro gli altri due enti convenuti per il caso in cui sia costretta a pagare agli attori oltre il 40% del danno e delle spese a questi liquidati (fatto salvo quanto stabilito al successivo punto7)"; e) condannato "ASD MONFERRATO 2013 BASKETBALL a tenere indenne, nel limite del 20% della responsabilità ad esso attribuibile, il Comune di San Salvatore Monferrato per quanto tale ente sarà costretto a pagare alle parti attrici in forza delle condanne di cui ai punti" precedenti; f) condannato "ALLIANZ Spa a tenere indenne, nel limite del 40% della responsabilità ad essa attribuibile, F.I.P. FEDERAZIONE ITALIANA PALLACANESTRO per quanto tale ente sarà costretto a pagare alle parti attrici in forza delle condanne di cui ai punti" precedenti.

La Corte d'Appello di Torino, in corrispondente riforma della decisione di primo grado ed in parziale accoglimento dell'appello principale proposto da ASD MONFERRATO 2013 BASKETBALL e degli appelli incidentali proposti da F.I.P. e da ALLIANZ Spa, nonché in parziale accoglimento dell'appello incidentale proposto da Go.St.: 1) ha rideterminato le quote di responsabilità solidale tra gli enti responsabili dell'evento dannoso, riconoscendola nella misura di un terzo ciascuno; 2) ha ridotto la voce del danno patrimoniale per spese mediche liquidato in favore di Go.St., nella minor somma di Euro 257.486,98; 3) ha ridotto l'importo del risarcimento del danno non patrimoniale parentale in favore di Vi.Ro. e di Go.Gi. ad Euro 45.000,00 ciascuno, oltre accessori; 4) ha ridotto l'importo del danno patrimoniale da lucro cessante liquidato in favore di Vi.Ro. nella misura di Euro 69.129,00 oltre accessori; 5) ha condannato la ASD MONFERRATO 2013 BASKETBALL a tenere indenne il Comune di San Salvatore Monferrato per quanto pagato in virtù della presente sentenza, entro il limite della quota di responsabilità di pertinenza della ASD medesima (pari a un terzo); 6) ha accolto la domanda di regresso avanzata dalla ASD MONFERRATO 2013 BASKETBALL nei confronti delle due coobbligate solidali, in relazione a quanto pagato a favore dei danneggiati, in misura superiore all'entità della propria quota di obbligazione solidale.

Ricorrono, con separati e successivi ricorsi: a) Go.St., sulla base di quattro motivi; b) Go.Gi. e Vi.Ro., sulla base di cinque motivi.

Resistono: a) ALLIANZ Spa, con due distinti controricorsi (in relazione ai due ricorsi successivi); tale società propone, a sua volta, ricorso incidentale nei confronti di Go.Gi. e Vi.Ro., sulla base di un unico motivo; b) il Comune di San Salvatore Monferrato, con due distinti controricorsi

(in relazione ai due ricorsi successivi); c) la F.I.P., con due distinti controricorsi (in relazione ai due ricorsi successivi); d) la ASD MONFERRATO 2013 BASKETBALL, con due distinti controricorsi (in relazione ai due ricorsi successivi).

È stata disposta la trattazione in pubblica udienza.

Il ricorrente Go.St., nonché i controricorrenti Comune di San Salvatore Monferrato e ASD MONFERRATO 2013 BASKETBALL hanno depositato memorie ai sensi dell'art. 378 c.p.c.

## RAGIONI DELLA DECISIONE

### 1. Ricorso principale proposto da Go.St.

1.1 Con il primo motivo si denuncia "ex art. 360 c. 1 n. 3) c.p.c. per violazione e/o falsa applicazione degli artt. 1223,1226,2056,2051 e/o 2043 cod. civ. per aver la Corte d'Appello erroneamente applicato un coefficiente di capitalizzazione per la liquidazione del danno patrimoniale da incapacità lavorativa specifica subito da Go.St. che non risulta aggiornato né scientificamente corretto, così violando e/o falsamente applicando il principio di integralità del risarcimento e di equità. La Corte territoriale, infatti, confermando la sentenza di primo grado sul punto, ha applicato una formula proposta dall'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano sul danno nel febbraio 2020 con utilizzo come tasso di rendimento annuo quello dei BTP trentennali, che tuttavia è stata superata e disattesa, in quanto non aggiornata né scientificamente corretta, dal medesimo Osservatorio con la pubblicazione il 25.5.2023 delle Tabelle del Tribunale di Milano sulla capitalizzazione anticipata di una rendita".

Il motivo è infondato.

Il ricorrente sostiene che la sentenza impugnata sarebbe erronea in diritto, nella parte in cui ha confermato il criterio di capitalizzazione della rendita futura, ai fini della liquidazione del danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa specifica, utilizzato dal giudice di primo grado e fondato, tra l'altro, sul rendimento annuo del tasso dei B.T.P. trentennali, criterio proposto dall'Osservatorio per la giustizia civile presso il Tribunale di Milano già dal 2020 e in uso in diversi uffici giudiziari, in quanto ritenuto legittimo e scientificamente adeguato, al momento della decisione di primo grado, pur essendo sopravvenuto - benché solo dopo tale decisione - un nuovo "criterio tabellare", sempre proposto dall'Osservatorio di Milano, in cui si indicava un diverso criterio di capitalizzazione, che si sostiene essere scientificamente preferibile e più favorevole all'attore.

1.1.1 Il giudice di primo grado aveva proceduto alla liquidazione del danno patrimoniale da perdita dei presumibili redditi futuri, sulla base della seguente motivazione:

"Quanto al modo in cui tale danno può essere liquidato a norma dell'art. 137/3 D.Lgs. 209/2005 - riferibile all'ipotesi in cui il danneggiato, come nel caso di specie, non sia titolare di un reddito monetario - il suddetto danno deve essere liquidato moltiplicando il valore pari al triplo della pensione sociale annua (criterio applicabile al caso di specie, anche a seguito di Cass. ord. 8896/2016) per un coefficiente di capitalizzazione, individuato tra quelli di maggior affidamento. A tal proposito, la Suprema Corte di Cassazione (vedi Cass. 20615/2015) ha escluso la possibilità di applicare i coefficienti di cui al R.D. 9 ottobre 1922, n. 1402, ormai obsoleti a causa dell'innalzamento dell'aspettativa di vita e dell'abbassamento dei saggi di interesse, pena una liquidazione parziale del danno; per contro ha affermato la libertà del Giudice di merito di adottare i coefficienti di capitalizzazione che ritiene preferibili, "purché aggiornati e scientificamente corretti", come quelli in vigore per la capitalizzazione delle rendite previdenziali o assistenziali, oppure i coefficienti elaborati dalla dottrina per la specifica materia del risarcimento del danno aquilano (come quelli di cui all'Incontro di Studio del CSM tenuto in data 30 giugno - 1 luglio 1989 a Trevi). Si osserva però che le tabelle preconfezionate hanno un duplice inconveniente: da un lato sono riferite all'intera vita (media) dell'infortunato, tanto che si ovvia all'inconveniente, applicando al calcolo il cd. "scarto differenziale" tra vita fisica e vita lavorativa; dall'altro, il tasso di interesse legale (nel 2021 pari allo 0,05%) utilizzato al momento della loro creazione non corrisponde all'attuale evoluzione dei tassi di rendimento. Si decide pertanto di utilizzare una formula (proposta dall'Osservatorio di Milano sul Danno, nel febbraio 2020) che contempla direttamente i presumibili anni di minor reddito da lavoro, senza l'utilizzo di coefficienti di capitalizzazione che siano calcolati in base alla durata totale della vita, ed utilizzando come tasso di rendimento annuo quello dei BTP che abbiano una durata simile a quella da calcolare. Nel caso di specie, l'infortunato ha davanti a sé 43 anni di vita lavorativa (67-24); la pensione sociale minima, ad oggi, è di Euro 523,83 mensili (fonte INPS) e dunque, tenuto conto delle tredici mensilità, l'ammontare annuo della pensione sociale risulta di Euro 6.809,79, il cui triplo è pari ad Euro 20.429,37; va considerato un tasso di interesse (rendimento dei Btp a trent'anni, collocati nel dicembre 2022) al 3,86%. Si applica in definitiva la seguente formula  $20.429,37 \cdot (1 - (1 + 3,86\%)^{-43}) / 3,86\% = 423.406,63$ . Tale importo è però riferito ad un'incapacità totale di produrre reddito, mentre nel caso di specie, come abbiamo visto, l'infortunio inciderà in una percentuale pari al 50% sulla capacità di lavoro dell'infortunato. In definitiva si liquida per tale voce di danno la somma di Euro  $423.406,63 \times 0,50 =$  Euro 211.703,32".

La statuizione della Corte d'Appello, che ha disatteso il gravame del ricorrente volto a contestare tale decisione, sull'assunto che, successivamente ad essa, lo stesso Osservatorio di Milano aveva indicato diversi criteri ai fini della capitalizzazione di una rendita futura, è motivata come segue: "l'applicazione del criterio suddetto non risulta tuttavia erronea e corrisponde ai parametri equitativi comunemente in uso al momento della pronuncia e non errati tecnicamente, per cui la mera sopravvenienza di nuove tabelle non normative più

favorevoli in cui fra le varie metodiche indicate come potenzialmente valide, ne è poi stata scelta una diversa non pare giustificare la riforma del capo della sentenza, che non risulta viziato da errore o violazione di legge alcuna".

1.1.2 Lo stesso pubblico ministero, che ha chiesto l'accoglimento del motivo di ricorso in esame, sostiene, in sostanziale adesione agli assunti di parte ricorrente, che la decisione della Corte d'Appello violerebbe il principio per cui "il giudice d'appello nel risarcire il danno deve "utilizzare i parametri vigenti al momento della decisione, se questi sono mutati nelle more del giudizio" in quanto "la liquidazione effettuata sulla base di Tabelle non più attuali si risolverebbe, infatti, in una non corretta applicazione del criterio equitativo previsto dall'art. 1226 cod. civ." (vedi ad esempio Cass. 29320/22; Cass. 21245/16 e Cass. 19387/16). Inoltre, in termini generali, vi è l'obbligo del giudice di merito di utilizzare "coefficienti aggiornati e scientificamente corretti" (vedi per tutte Cass. 16913/19 e Cass. 10499/17). Ebbene, nella specie, quelli adoperati dal Tribunale e confermati dalla Corte d'Appello alla luce delle nuove tabelle milanesi approvate nel 2023 risultavano non solo non aggiornati ma anche non scientificamente corrette, emergendo dalla relazione illustrativa delle nuove tabelle, i cui passaggi sul punto sono testualmente riportati in ricorso (a pag. 19), che il criterio del tasso di rendimento dei BTP a trent'anni fosse "inattendibile" per essere detti tassi "gravemente influenzati da serie oscillazioni derivanti da congiunture anche di politica economica (vedi relazione Eibenstein)". Laddove invece il criterio suggerito in dette nuove tabelle, ossia quello dei "tassi pluriennali reali di mercato correlati a rilevazioni periodiche e ufficiali di Enti di garanzia legati alle Autorità della UE", fosse quello più stabile e attendibile".

1.1.3 La tesi prospettata del ricorrente e fatta propria dal pubblico ministero rappresenta una applicazione, condotta alle estreme conseguenze, di quello che è stato definito come una sorta di processo di "normativizzazione" delle cd. "tabelle milanesi" predisposte per la liquidazione del danno biologico, processo che si afferma avere avuto origine a partire da un arresto del 2011 di questa Corte (Cass., Sez. 3, Sentenza n. 12408 del 07/06/2011) e che, peraltro, è stato esso stesso oggetto di successive precisazioni che ne hanno più esattamente individuato e delimitato la effettiva portata. È stato, infatti, e quanto meno, dapprima esplicitamente chiarito che i criteri di cui alle suddette tabelle non hanno affatto valore normativo, ma possono assumere rilievo esclusivamente, ai sensi dell'art. 1226 c.c., come parametri per la valutazione equitativa del danno non patrimoniale alla persona (cfr. ad es. Cass., Sez. 3, Sentenza n. 4447 del 25/02/2014); si è, altresì, successivamente, avvertito che "in sede di legittimità, l'allegazione di avvenuta applicazione di una tabella diversa da quella milanese non è sufficiente "ex se" ad inficiare il corretto utilizzo, da parte del giudice, del criterio di liquidazione equitativa, dovendo la correlata denuncia essere accompagnata dall'esposizione delle ragioni che, in concreto, hanno determinato l'incongruo ricorso al criterio in parola" (Cass., Sez. 3, Sentenza n. 8884 del 13/05/2020; conf.: Sez. 3, Ordinanza n. 16924 del 19/06/2024).

Nel caso di specie si pretenderebbe, in primo luogo, di estendere i principi sopra richiamati, che ravvisano la concretizzazione del parametro dell'equità in quello tabellare, anche al di là dell'ambito della liquidazione equitativa del danno biologico, applicandoli pure alla individuazione del criterio matematico da utilizzare per la capitalizzazione di una rendita futura, nel differente caso della liquidazione del danno patrimoniale da perdita di un reddito futuro.

In particolare, poi, si invoca una ulteriore specificazione dell'indirizzo in questione, assumendosi, in sostanza, che, ai fini della liquidazione equitativa di qualunque tipologia di danno, rileverebbe sempre il "criterio tabellare milanese" più recente disponibile, anche se sopravvenuto alla decisione impugnata, come se si trattasse di un novum normativo applicabile retroattivamente al giudizio in corso, tanto da arrivare a giustificare finanche l'impugnazione di una decisione che abbia, del tutto correttamente, applicato il "criterio tabellare" più aggiornato esistente e disponibile al momento in cui essa è stata assunta, sulla base della pretesa dell'applicazione di un nuovo e diverso "criterio tabellare" più favorevole, benché solo successivamente sopravvenuto.

1.1.4 Si premette che, con riguardo alla questione dei criteri da utilizzare per la capitalizzazione anticipata di una rendita, ai fini della liquidazione del danno patrimoniale da perdita di un reddito futuro, la giurisprudenza di questa Corte ha da tempo chiarito che non può ritenersi soddisfacente l'utilizzazione delle tabelle di cui al R.D. n. 1403 del 1922, dovendo essere adottati criteri "di maggiore affidamento - in quanto aggiornati e scientificamente corretti -, quali, ad esempio, quelli approvati con provvedimenti normativi per la capitalizzazione delle rendite previdenziali o assistenziali ovvero quelli elaborati specificamente nella materia del danno aquiliano" (cfr., ex multis: Cass., Sez. 3, Sentenza n. 16913 del 25/06/2019; Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 18093 del 31/08/2020; Sez. 3, Sentenza n. 9002 del 21/03/2022; Sez. 3, Ordinanza n. 13727 del 02/05/2022), come del resto correttamente affermato dagli stessi giudici di merito.

L'utilizzazione del criterio di capitalizzazione di cui al R.D. n. 1403 del 1922, è stata, in effetti, ritenuta idonea esclusivamente nel caso in cui fossero adottati correttivi relativamente alla durata media della vita e ai tassi di interesse ritenuti adeguati (cfr. Cass., Sez. 3, Sentenza n. 15738 del 02/07/2010; Sez. 3, Sentenza n. 4186 del 02/03/2004; per la necessità di correzione dei coefficienti di capitalizzazione previsti dal R.D. n. 1403 del 1922, cfr. anche: Sez. 3, Sentenza n. 20615 del 14/10/2015; Sez. 3, Sentenza n. 10499 del 28/04/2017; Sez. 3, Sentenza n. 16913 del 25/06/2019).

L'individuazione dei concreti parametri per l'adeguamento dell'aspettativa di vita e dei tassi di interesse, a correzione di quelli previsti dal R.D. n. 1403 del 1922, è, d'altra parte, da ritenersi integrare una valutazione di fatto, in applicazione di un criterio equitativo, incensurabile in

sede di legittimità, in quanto sostenuta da adeguata motivazione (se non apparente né insanabilmente contraddittoria sul piano logico).

1.1.5 Tanto premesso, si osserva, innanzi tutto, che le "tabelle" (in particolare, quelle elaborate dall'Osservatorio sulla giustizia civile presso il Tribunale di Milano) sulla liquidazione del danno biologico, le quali traggono la loro prima origine da un "censimento delle prassi di liquidazione passate", a fini di uniformità nella determinazione di un valore patrimoniale per compensare la lesione al bene della salute, hanno una natura radicalmente diversa, sul piano ontologico, dalla individuazione dei possibili criteri matematici da adottare ai fini della capitalizzazione anticipata di una rendita futura, indicazione che viene definita come "tabella" da parte del ricorrente, ma che in realtà costituisce esclusivamente un suggerimento offerto, da parte di un organismo senza alcuna autorità ufficiale (il già citato Osservatorio per la giustizia civile presso il Tribunale di Milano), relativamente al criterio scientifico di calcolo più opportuno da utilizzare per la "capitalizzazione anticipata di una rendita".

Di conseguenza, anche il richiamo ai principi di diritto relativi al valore di "parametri per la valutazione equitativa del danno non patrimoniale alla persona, ai sensi dell'art. 1226 c.c." dei criteri tabellari a tal fine predisposti dai vari organismi di osservazione delle prassi attivi presso gli uffici giudiziari non è in alcun modo utilizzabile in relazione alla presente, e del tutto differente, fattispecie, che riguarda la liquidazione di un danno patrimoniale e, segnatamente, l'individuazione dei criteri di calcolo da utilizzare per la capitalizzazione anticipata di una rendita futura.

In questo caso, il criterio utilizzato dal giudice del merito per la capitalizzazione anticipata della rendita, a differenza di quanto avviene per la liquidazione equitativa del danno non patrimoniale alla persona, non si basa e non può basarsi sul censimento delle prassi di liquidazione passate, ma costituisce l'esito di una serie di accertamenti di fatto, conseguiti all'applicazione di criteri scientifici prognostici previamente determinati e non manifestamente implausibili in relazione alle cognizioni tecniche del tempo della decisione: accertamenti i quali stanno alla base, a loro volta, della individuazione della più congrua finale liquidazione equitativa del danno patrimoniale nel caso concreto.

L'effettivo "aggiornamento" di tale criterio e la sua adeguatezza scientifica, anche in relazione alle peculiarità del caso concreto, restano oggetto di una valutazione in fatto che sfocia poi in una valutazione equitativa, operazioni certamente tutte riservate al giudice del merito, il quale, ovviamente, non potrà che effettuarle sulla base dei dati scientifici disponibili, nel momento in cui adotta la decisione, e dei parametri da lui accertati come quelli più idonei a regolare la fattispecie concreta al suo esame.

In tale ottica, le proposte provenienti dagli operatori, sia pure organizzati, ma in organismi istituzionalmente privi di poteri normativi, che propongano, aggiornino o modifichino



l'indicazione di criteri ritenuti quelli preferibilmente da adottare per l'operazione di capitalizzazione, certamente non potrebbero determinare la impugnabilità, sotto il profilo della violazione di legge, e la riforma di decisioni di merito, corrette in fatto e in diritto al momento in cui sono assunte.

D'altra parte, in linea generale, è arduo ammettere - sul piano logico e su quello giuridico - la possibilità di impugnare fondatamente una sentenza, corretta in fatto e conforme a diritto, nel momento in cui è emessa, per ragioni sopravvenute diverse da una eventuale modifica normativa immediatamente applicabile ai processi in corso.

1.1.6 È opportuno sottolineare che, alla base della liquidazione del danno patrimoniale da perdita di presumibili redditi futuri, rilevano necessariamente una serie di accertamenti di fatto, oltre che la specifica valutazione equitativa delle circostanze del caso concreto: si tratta, infatti, in primo luogo, di individuare la correttezza scientifica di determinate operazioni aritmetiche ed economiche, ma pur sempre con riguardo alle particolari circostanze della fattispecie concreta, le quali variano di caso in caso e, quindi, possono portare legittimamente a considerare appropriati, nelle singole ipotesi, criteri anche diversi tra loro, al contrario di quello che avviene per la liquidazione del danno biologico, laddove invece prevalgono, evidentemente, esigenze di uniformità di trattamento relativamente al valore della persona umana.

Di conseguenza, va escluso in radice che, in relazione a tale specifico oggetto, si possa attribuire a cd. "tabelle" di carattere generale ed astratto, predisposte da organismi non legislativi, di qualunque natura, benché operanti presso organi giudiziari, un valore idoneo a concretizzare in ogni caso il parametro equitativo di cui all'art. 1226 c.c.

Al contrario, l'unica valutazione consentita, in siffatta fattispecie, è quella ordinaria, possibile con riguardo agli accertamenti di fatto operati dal giudice adito ed alla corretta specificazione dei non manifestamente implausibili elementi considerati ai fini della valutazione equitativa di cui all'art. 1226 c.c.

1.1.7 Nella specie, l'individuazione dei più appropriati coefficienti di capitalizzazione da utilizzare per il caso concreto in esame risulta argomentata dal giudice di primo grado sulla base di un'ampia motivazione, del tutto adeguata e priva di contraddizioni logiche; e i relativi criteri sono stati ritenuti dalla Corte d'Appello "corrispondenti ai parametri equitativi comunemente in uso al momento della pronuncia e non errati tecnicamente", quindi, in sostanza, sia aggiornati che corretti scientificamente, con riguardo al caso concreto.

Si tratta di un accertamento di fatto attinente al caso concreto, per di più alla base di una valutazione pur sempre equitativa, che senz'altro rientra nella sfera discrezionale riservata al giudice del merito, e sul quale, quindi, non potrebbero certo prevalere le considerazioni del

tutto generali ed astratte contenute nella cd. "nuova tabella milanese", sopravvenuta alla sentenza di primo grado, che affermano essere preferibile un diverso criterio di liquidazione per tutti i casi di capitalizzazione di una rendita futura.

D'altra parte, è appena il caso di osservare che i criteri indicati nella cosiddetta "nuova tabella", oltre ad essere astratti e, come tali, non necessariamente adeguati alla singola fattispecie concreta, risultano, nei loro stessi fondamenti scientifici, quanto meno opinabili e, anzi, sono stati oggetto di critiche anche serrate proprio sotto questo aspetto.

Essi, quindi, certamente non potrebbero essere assunti, in quanto tali, come una specificazione in qualche modo vincolante del parametro dell'equità, ai sensi dell'art. 1226 c.c.

Né assurge a violazione di legge l'individuazione di un criterio piuttosto che di un altro, purché quello prescelto non sia manifestamente implausibile: e tanto neppure sotto il profilo della contestazione della premessa del comune uso del criterio, tale peculiarità non rappresentandone, di per sé sola considerata, un requisito indefettibile.

1.1.8 In definitiva, le censure formulate con il motivo di ricorso in esame, per un verso, non colgono nel segno, nella denuncia della pretesa violazione delle norme di diritto richiamate, mentre finiscono, per ogni altro profilo, per risolversi nella contestazione di accertamenti di fatto alla base di una valutazione equitativa, che risultano sostenuti da adeguata motivazione, non meramente apparente, né insanabilmente contraddittoria sul piano logico, come tale non sindacabile nella presente sede.

1.2 Con il secondo motivo si denuncia "ex art. 360 c. 1 n. 3) c.p.c. per violazione e/o falsa applicazione degli artt. 1223,1226,1227,2056,2051 e/o 2043 cod. civ. nonché degli artt. 112,342,345,153 e 294 c.p.c. per aver erroneamente la Corte d'Appello riformato la sentenza di primo grado nella parte in cui aveva riconosciuto in favore di Go.St. il risarcimento delle spese mediche e di cura sostenute privatamente successivamente al deposito della CTU e per aver erroneamente disatteso la richiesta dello stesso di vedersi riconosciuto il risarcimento delle spese mediche e di cura sostenute privatamente successivamente all'udienza di precisazione delle conclusioni del primo grado e sino alla sentenza d'appello.

Con il terzo motivo si denuncia "ex art. 360 c. 1 n. 3) c.p.c. per violazione e/o falsa applicazione degli artt. 1223,1226,1227,2056,2051 e/o 2043 cod. civ. per aver erroneamente la Corte d'Appello escluso il risarcimento delle spese mediche e di cura future che Go.St. dovrà sostenere vita natural durante, omettendo altresì di pronunciare sulla domanda subordinata di Go.St. con conseguente nullità della sentenza ex art. 360 c. 1 n. 4) c.p.c. in relazione agli artt. 132 e 112 c.p.c.".

Il secondo e il terzo motivo possono essere esaminati congiuntamente, in quanto connessi logicamente e giuridicamente.

Essi sono in parte infondati e in parte inammissibili.

1.2.1 Il ricorrente contesta la decisione impugnata in relazione alla statuizione con la quale gli è stato riconosciuto solo in parte il risarcimento delle spese mediche sostenute per il trattamento dei danni alla salute conseguiti all'evento dannoso, con esclusione di quelle sostenute presso strutture private, anche all'estero (unitamente ai relativi costi connessi, di viaggio e alloggio), limitatamente al periodo successivo alla stabilizzazione delle sue condizioni e, in particolare, per il periodo successivo allo svolgimento della consulenza tecnica di ufficio (e fino alla data della decisione), nonché per quello successivo alla decisione stessa (motivazione a pagg. da 62 a 65 della sentenza impugnata), ivi incluse, quindi, le spese future.

1.2.2 La Corte d'Appello ha ammesso integralmente la risarcibilità delle spese di cura e riabilitazione (con tutti i costi connessi) sostenute dal ricorrente Go.St. presso strutture private, anche estere, nel corso del periodo della sua invalidità temporanea, ritenendole necessarie ai fini della migliore e più corretta stabilizzazione della sua situazione di salute (in ordine a tale statuizione non sono stati avanzati motivi di ricorso, da parte dei convenuti).

Ha, di contro, ritenuto che, una volta stabilizzatasi tale situazione e, quindi, nel periodo in cui allo stesso ricorrente era residuata esclusivamente una situazione di invalidità permanente (determinata nella misura del 58%, sul piano del danno biologico), pur richiedendo tale situazione una serie di ulteriori trattamenti, non fosse giustificato il riconoscimento dei costi per quelli effettuati o da effettuarsi presso strutture private, anche all'estero, in quanto i medesimi trattamenti, o comunque trattamenti con efficacia del tutto equivalente, erano disponibili gratuitamente in Italia, con spese a carico del Servizio Sanitario Nazionale, presso strutture pubbliche o convenzionate, situate anche più in prossimità della sua residenza e, quindi, agevolmente accessibili.

Di conseguenza, è stata esclusa la risarcibilità dei maggiori costi sostenuti per effettuare altrove tali trattamenti, in particolare presso strutture private estere: la Corte d'Appello ha ritenuto che tale opzione non fosse giustificabile, né in relazione all'efficacia delle cure, né in relazione alla migliore logistica nella scelta della struttura cui rivolgersi e, pertanto, i predetti maggiori costi non potessero considerarsi conseguenza diretta dell'evento dannoso.

1.2.3 Si premette che la distinzione tra necessità dei trattamenti in strutture private nel periodo dell'invalidità temporanea e nel periodo della sola invalidità permanente non può costituire un principio di carattere generale e, del resto, non ha assunto tale natura nell'economia della decisione impugnata.

La Corte d'Appello si è limitata ad effettuare, in proposito, un particolare accertamento di fatto, relativamente al caso concreto, ritenendo che, nella specie, durante il periodo di invalidità temporanea del Go.St., i trattamenti effettivamente necessari, per fronteggiare nel

modo migliore e più adeguato la sua situazione, fossero disponibili esclusivamente presso strutture private (anche estere), alle quali egli si era, pertanto, necessariamente dovuto rivolgere.

Al contrario, tale necessità non sussisteva, in concreto, per i trattamenti da effettuare nel periodo successivo, in cui la sua situazione di salute si era ormai definitivamente stabilizzata ed era residuata esclusivamente l'invalidità permanente, in quanto tali ulteriori trattamenti potevano essere effettuati, con pari efficacia e comodità logistica e di accesso, presso strutture pubbliche o convenzionate con il servizio sanitario pubblico, di modo che la scelta di effettuarli in strutture private, con i relativi maggiori costi, non poteva dirsi una conseguenza inevitabile dell'evento dannoso, ma solo una scelta non strettamente necessitata.

Sotto tale profilo, dunque, la indicata distinzione tra il periodo di invalidità temporanea e quello di invalidità permanente, costituendo un accertamento di mero fatto sostenuto da adeguata motivazione, non meramente apparente, né insanabilmente contraddittoria sul piano logico (e ribadito che non si tratta e non si può trattare di un principio di carattere generale), è da ritenersi insindacabile nella presente sede.

1.2.4 Costituisce, invece (come, del resto, ritenuto anche dal pubblico ministero), affermazione di un condivisibile principio di diritto quella per cui, in base ai principi generali che regolano la responsabilità risarcitoria, i costi per le spese mediche sostenuti e da sostenersi per i trattamenti delle patologie causate da un illecito debbano essere integralmente risarciti, pur se effettuati presso strutture private, anche estere, purché si tratti di trattamenti necessari o, quanto meno, utili, e purché la scelta di rivolgersi a strutture private anziché a strutture pubbliche o convenzionate, con i relativi maggiori costi, sia ragionevolmente giustificata dalle circostanze del caso concreto, e non si traduca, pertanto, in mero arbitrio. Quei costi potrebbero, quindi, essere risarciti nel caso in cui le strutture private garantiscano una maggiore affidabilità o una maggiore concreta efficacia dei trattamenti, ovvero questi, pur necessari o utili, non siano disponibili presso strutture pubbliche o convenzionate, ovvero ancora l'accesso a tali trattamenti, presso le strutture pubbliche o convenzionate, presenti oggettive difficoltà materiali, logistiche o connesse ai tempi di attesa, tali da giustificare l'opzione di scelta in favore della struttura privata e non renderla sostanzialmente superflua e, pertanto, tale da aggravare ingiustificatamente la posizione del debitore.

Tale principio di diritto, che trova il suo fondamento nel disposto dell'art. 1227, comma 2, c.p.c., certamente applicabile anche nella fattispecie, atteso che i danni costituiti dall'onere delle spese mediche non possono avere un trattamento differente da ogni altra tipologia e voce di danno, non è in contrasto con l'indirizzo di questa Corte secondo il quale "il risarcimento del pregiudizio patrimoniale corrispondente alle spese mediche sostenute dal danneggiato non può essere ridotto ai sensi dell'art. 1227, comma 2, c.c., per il sol fatto che egli abbia scelto di farsi curare da una struttura privata anziché pubblica, non essendo

configurabile alcun obbligo di rivolgersi al sistema sanitario nazionale" (Cass., Sez. 3, Sentenza n. 29308 del 23/10/2023), ma anzi ne costituisce la più corretta applicazione, specificandone l'esatta portata, che non può essere illimitata ed assoluta.

L'applicazione dell'art. 1227, comma 2, c.c., comporta, più precisamente, che:

a) di regola, tutte le spese che il danneggiato dimostri di avere sostenuto per trattamenti necessari o anche solo utili, sul piano sanitario, per la sua patologia causata dall'illecito, anche presso strutture private (e anche all'estero) sono risarcibili (e altrettanto è a dirsi per le spese future da sostenersi);

b) per escluderne il risarcimento, ai sensi dell'art. 1227, comma 2, c.c., occorre sempre una eccezione di parte e la rigorosa prova, a carico del danneggiante eccipiente (cfr. Cass., Sez. 3, Sentenza n. 10995 del 14/07/2003; Sez. L, Sentenza n. 11672 del 29/07/2003), che si tratta di spese evitabili con l'ordinaria diligenza, cioè, in sostanza, di spese superflue, perché quei medesimi trattamenti (o trattamenti del tutto equivalenti) sarebbero stati disponibili, con equivalente efficacia sul piano sanitario e senza rilevanti maggiori difficoltà di accesso, presso strutture pubbliche o convenzionate, gratuitamente o, comunque, con costi inferiori, non comportando, di conseguenza, per lo stesso danneggiato, lo svolgimento di attività gravose o eccezionali o tali da comportare notevoli rischi o rilevanti sacrifici (cfr., sui limiti dell'onere di diligenza richiesto al danneggiato, ex multis: Cass., Sez. L, Ordinanza n. 22352 del 05/08/2021; Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 25750 del 15/10/2018);

c) l'accertamento in ordine alla sussistenza degli indicati presupposti integra una indagine di fatto, come tale riservata al giudice di merito e sottratta al sindacato di legittimità, se sorretta da congrua motivazione (cfr., in proposito, ex multis: Cass., Sez. 3, Ordinanza n. 3319 del 11/02/2020).

In definitiva, solo i maggiori costi sostenuti per effettuare trattamenti presso strutture private anziché pubbliche, senza alcun ragionevole vantaggio effettivo che renda tale scelta giustificata, costituiscono un danno patrimoniale evitabile con l'ordinaria diligenza, come tale non risarcibile.

1.2.5 Nella specie, l'accertamento di fatto necessario ad escludere il risarcimento risulta effettuato dalla Corte d'Appello e fondato, con adeguata motivazione (non meramente apparente, né insanabilmente contraddittoria sul piano logico), sulle conclusioni della consulenza tecnica di ufficio, in cui si è accertato, nella sostanza, che i trattamenti necessari per la fase successiva alla stabilizzazione delle conseguenze dell'evento dannoso di cui è rimasto vittima Go.St. sono disponibili, con equivalente efficacia e possibilità di accesso (anzi, addirittura con difficoltà logistiche inferiori), presso strutture pubbliche o convenzionate in località vicine alla sua residenza.

È opportuno precisare che solo apparentemente, nella motivazione della sentenza impugnata, potrebbe ravvisarsi l'attribuzione al Go.St. dell'onere della prova dell'eccezione di cui all'art. 1227, comma 2, c.c.: in realtà, come emerge da una lettura complessiva di tale motivazione, nella sostanza, la corte d'appello ha correttamente posto a carico del danneggiato esclusivamente la prova dell'utilità dei trattamenti eseguiti e da eseguire, mentre ha ritenuto in concreto offerta e raggiunta, sulla base delle prove disponibili, quella, di cui è certamente onerato il danneggiante, della superfluità dei maggiori costi sostenuti dal lesso per avvalersi di strutture private, prova nella specie emergente dalle risultanze della consulenza tecnica di ufficio.

Né, di fronte all'emergenza di tale prova in positivo, è stato ritenuto fondato dai giudici del merito il contrario assunto in fatto, secondo il quale la struttura austriaca cui si è rivolto ed intenderebbe rivolgersi in futuro il ricorrente, "rappresenta un centro all'avanguardia mondiale per la cura delle disabilità del tipo di cui è oggi affetto Go.St. ... " (con il corollario della seguente affermazione, rimasta però apodittica: "Che sia consentito almeno a Go.St. di curarsi al meglio che la scienza medica consente, e non certo nelle strutture pubbliche di provincia con il SSN, come vorrebbero le controparti e i Giudici d'Appello!").

In effetti, secondo il ricorrente, la struttura privata estera da lui scelta offrirebbe trattamenti sanitari più validi ed efficaci, il che giustificerebbe la sua richiesta di risarcimento dei maggiori costi necessari per avvalersene.

Nella specie, vi è, però, un insindacabile (ed insuperabile) accertamento di fatto, operato dalla Corte d'Appello sulla base delle risultanze della consulenza tecnica di ufficio, sostenuto da motivazione del tutto adeguata, non meramente apparente, né insanabilmente contraddittoria sul piano logico, come tale non sindacabile nella presente sede, secondo il quale non è affatto così, in quanto i trattamenti disponibili in Italia gratuitamente (cioè, presso il servizio sanitario pubblico o strutture private convenzionate con il medesimo) offrono lo stesso livello di adeguatezza ed efficacia e non presentano maggiori difficoltà logistiche o di accesso.

Dunque, la prova a carico del danneggiante dell'inutilità del ricorso, da parte del danneggiato, a strutture private più costose, è stata ritenuta raggiunta sulla base di un accertamento di fatto insindacabile in questa sede.

1.2.6 Secondo il ricorrente, non sarebbe stato proposto dalle parti convenute uno specifico motivo di appello in relazione alle spese mediche da lui sostenute nel corso del processo, ma solo per quelle future, con conseguente vizio di ultrapetizione della decisione, con riguardo alle spese sostenute fino alla data della stessa decisione.

La censura, di per sé non agevolmente comprensibile nel suo effettivo senso e nella sua concreta portata, risulta (per quello che è possibile per la Corte intendere) infondata.

Lo stesso ricorrente dà atto che era stato proposto appello specificamente in relazione alle spese mediche successive alla consulenza tecnica di ufficio, riconosciute dal giudice di primo grado.

La sentenza di appello, poi, ha escluso solo le spese successive alla stessa consulenza tecnica di ufficio e quelle ulteriori future.

La parte rilevante della sentenza di primo grado, riportata nel ricorso, è la seguente: "si accoglie la richiesta di rifusione delle spese mediche nella misura riconosciuta dal CTU di Euro 258.375,01, oltre a Euro 36.725,86 per spese successive (doc.ti da 203 a 211), e a Euro 1.611,97 per altre spese (vitto e alloggio durante le varie degenze doc.ti 114-146) in tutto Euro 296.712,84".

La parte rilevante dell'appello della ASD MONFERRATO 2013, cui hanno aderito gli altri danneggiati, riportata nel ricorso, è la seguente: "interponeva appello l'ASD MONFERRATO 2013 BASKETBALL limitatamente alla condanna al risarcimento delle spese mediche e di cura successive al deposito della CTU per Euro 36.725,86, con conseguente passaggio in giudicato della condanna al risarcimento delle spese mediche e di cura sostenute fino al deposito della CTU per Euro 258.375,01".

A pag. 63 della sentenza impugnata si legge, infine: "in sede di CTU erano state conteggiate per complessivi Euro 258.375,01 le notevoli spese già sostenute da Go.St. (depurate peraltro di molte duplicazioni delle stesse voci e delle spese non pertinenti) per le reiterate degenze presso la clinica tirolese ove si è sottoposto a trattamenti riabilitativi giudicati evidentemente utili da parte del CTU (nella fase della temporanea) in vista della stabilizzazione"; e la sentenza impugnata, nel dispositivo, esclude l'importo di Euro 36.725,86 e conferma quello di Euro 258.375,01.

Va, quindi, esclusa la dedotta extrapetizione.

1.2.7 Per tutte le spese mediche future, cioè quelle successive alla sentenza di merito, valgono, ovviamente, considerazioni analoghe a quelle sin qui svolte.

La Corte d'Appello, come emerge da una lettura complessiva della motivazione della sentenza impugnata, ha, sostanzialmente, ritenuto che non vi fossero spese risarcibili future, potendo essere effettuati tutti i trattamenti necessari gratuitamente, a carico del servizio sanitario nazionale.

Ciò, ovviamente, esclude anche i presupposti per una valutazione equitativa del relativo danno.

Il ricorrente sostiene che il consulente tecnico di ufficio avrebbe dato atto che, anche usufruendo del servizio sanitario nazionale, vi sarebbero state alcune spese, anche se inferiori a quelle richieste dalla struttura privata estera.

In realtà, le spese cui egli fa riferimento nel ricorso non possono ritenersi spese necessarie, in quanto sono quelle che il consulente tecnico di ufficio indica come richieste per il trattamento riabilitativo in una determinata e specifica struttura convenzionata, e peraltro solo se effettuate in regime ambulatoriale, potendo i medesimi trattamenti essere svolti anche in altre strutture, o in altro regime, senza costi.

In tal senso devono ritenersi correttamente intese dalla Corte d'Appello le emergenze della relazione integrativa depositata dal consulente tecnico di ufficio (cfr. doc. 23 della produzione del ricorrente) che, almeno implicitamente, depone nel senso che i trattamenti necessari per gestire la fase successiva alla stabilizzazione della situazione di salute del Go.St. fossero comunque disponibili gratuitamente a carico del servizio sanitario nazionale e, comunque, che non risultassero costi necessari a tal fine (avendo del resto l'attore parametrato le sue richieste sui trattamenti all'estero, certamente non necessari).

Resta, pertanto, altresì, escluso il dedotto vizio di omessa pronuncia sulla domanda subordinata di ristoro delle spese da sostenersi in Italia (cfr., in proposito, a pag. 64 sentenza impugnata: "L'iter terapeutico invocato non possiede connotati di "necessità", al più può dirsi un utile strumento riabilitativo, peraltro presente sia all'ospedale (Omissis) di T sia presso l'Azienda Sanitaria di N, città in cui trovasi peraltro anche in una struttura privata (struttura (Omissis) convenzionata col SSN solo per regime di specifica degenza riabilitativa, liberamente fruibile in regime ambulatoriale). Il CTU si è rivolto personalmente a tali strutture, appurando, per esempio che a N la macchina è disponibile sia in regime di ricovero ordinario sia in day hospital sia in regime ambulatoriale, sempre a carico del SSN").

1.3 Con il quarto motivo si denuncia "ex art. 360 c. 1 n. 3) c.p.c. per violazione e/o falsa applicazione degli artt. 1223,1225,1226,2056,2051,2043,2697,1882,1905,1908,1916,2041,2042 cod. civ. per aver la Corte d'Appello erroneamente confermato la sentenza del Tribunale, disattendendo l'appello incidentale di Go.St. sul punto, nella parte in cui ha applicato il principio della compensatio lucri cum damno, detraendo dal danno non patrimoniale liquidato in favore di Go.St. gli indennizzi erogati da ALLIANZ Spa in forza di polizze private infortuni n. (Omissis) e (Omissis) nonostante entrambi tali polizze prevedessero la rinuncia al diritto di rivalsa nei confronti dei responsabili del danno e avessero natura previdenziale. Nonché ex art. 360 c. 1 n. 3) e n. 4) c.p.c. per violazione e/o falsa applicazione degli artt. 2697 cod. civ., 112, 115, 132 n. 4), 345 c.p.c. per aver la Corte territoriale erroneamente applicato i



principi sul riparto dell'onere della prova dell'eccezione di compensatio lucri cum damno, anche alla luce del principio di non contestazione, omettendo di motivare e/o motivando solo apparentemente sulle ragioni per cui ha ritenuto tali polizze non aventi natura previdenziale o, comunque, ex art. 360 c. 1 n. 3) c.p.c. per violazione e/o falsa applicazione degli artt. 1362, 1363 e 1366 cod. civ. per aver la Corte d'Appello erroneamente applicato i criteri di ermeneutica contrattuale delle polizze de quibus".

Il motivo è infondato.

1.3.1 Il ricorrente, nel contestare l'applicazione del cd. principio della compensatio lucri cum damno, operata dalla Corte d'Appello in considerazione degli importi da lui incassati in virtù di polizze assicurative private stipulate in suo favore, svolge due distinte (benché connesse) censure, una di puro diritto e una che riguarda anche accertamenti di fatto.

Sostiene, in primo luogo, che la compensatio avrebbe dovuto escludersi, in quanto nelle polizze assicurative private stipulate in suo favore, l'assicuratore aveva rinunciato al diritto di surroga/rivalsa nei confronti del responsabile del danno.

Inoltre, sostiene che la compensatio avrebbe comunque dovuto escludersi anche perché le polizze in questione avevano natura previdenziale e non di assicurazione contro i danni, come dovrebbe desumersi: a) dalla stessa rinuncia dell'assicuratore al diritto di rivalsa nei confronti del responsabile del danno; b) dal fatto che l'indennizzo erogato era "ancorato in percentuale ad un capitale convenzionalmente pattuito"; con riguardo a questo secondo punto, secondo il ricorrente, la sentenza sarebbe priva di effettiva motivazione o, comunque, sostenuta da motivazione viziata dalla violazione dei criteri di ermeneutica negoziale, con riguardo all'esclusione della natura previdenziale della polizza.

1.3.2 La prima censura è infondata in diritto.

Secondo l'indirizzo ormai consolidato di questa Corte, cui va assicurata continuità, "in applicazione del principio della "compensatio lucri cum damno", la necessità di detrarre dall'ammontare del risarcimento l'indennizzo assicurativo incassato dal danneggiato in conseguenza del fatto illecito non è subordinata alla rinuncia dell'assicuratore al diritto di surroga, dal momento che la perdita del diritto dell'assicurato verso il terzo responsabile e l'acquisto dello stesso da parte dell'assicuratore sono effetti interdipendenti e contemporanei basati sul medesimo fatto giuridico rappresentato dal pagamento dell'indennità assicurativa" (per tutte, cfr.: Cass., Sez. 3, Ordinanza n. 9003 del 30/03/2023).

1.3.3 Con riguardo alla seconda censura, in primo luogo, va osservato che le prestazioni assicurative di natura previdenziale non escludono, in sé, la compensatio, in linea generale (cfr. ad es. Cass., Sez. 3, Sentenza n. 18050 del 05/07/2019: "in caso di sinistro che comporti la perdita totale o parziale, temporanea o definitiva, della capacità lavorativa, il danneggiato non

può cumulare la prestazione previdenziale che abbia eventualmente percepito, a titolo di indennità di malattia o di pensione di invalidità, con l'integrale risarcimento del danno patrimoniale da lucro cessante, essendo entrambe le poste finalizzate al ristoro della lesione del medesimo bene della vita, vale a dire, la capacità di produrre reddito, sicché, nel caso in cui l'ente previdenziale abbia corrisposto a tale titolo un'indennità al danneggiato, di quest'importo si dovrà tenere conto nella liquidazione del pregiudizio posto, sul piano risarcitorio, a carico del danneggiante"; nel medesimo senso; Sez. 3, Ordinanza n. 13540 del 17/05/2023).

In realtà, il ricorrente sembrerebbe in qualche modo intendere affermare che la pretesa natura "previdenziale" delle polizze comporterebbe che le stesse sarebbero da qualificare come forme di assicurazioni sulla vita, il che escluderebbe la compensatio lucri cum damno (cfr. pag. 55 del ricorso: "Per le ragioni innanzi espresse, dunque, la natura delle due polizze in esame è di tipo previdenziale soggiacendo dunque esse prevalentemente alle norme dettate per l'assicurazione sulla vita, giustificandosi così l'inoperatività del principio indennitario").

Orbene, contrariamente a quanto si sostiene nel ricorso, una motivazione, sia pur sintetica, sul punto, è ravvisabile nella sentenza impugnata (cfr. a pag. 67 della stessa: "Oltretutto non vi è evidenza alcuna, in atti che le polizze infortuni in esame avessero, come si sostiene, natura previdenziale").

E in effetti, stante la circostanza che si tratta di polizze espressamente denominate come "polizze infortuni" (polizza ALLIANZ n. (Omissis), stipulata da FIP in favore degli atleti; polizza ALLIANZ n. (Omissis) denominata "(Omissis)", stipulata da Go.Gi. in cui il figlio Go.St. risultava tra gli assicurati), quella corrispondente al loro tenore letterale non costituisce certo una interpretazione del tutto arbitraria e, quindi, non può ritenersi la motivazione sul punto meramente apparente, in quanto, dalla lettura complessiva della statuizione impugnata emerge che essa si fonda sul rilievo che l'espressa qualificazione della polizza operata dalle parti non è smentita dalle circostanze addotte dal ricorrente e, pertanto, le allegazioni di questi non possono considerarsi sufficienti a far ritenere le polizze in questione come assicurazioni sulla vita.

D'altra parte, anche in relazione alla dedotta violazione dei criteri di ermeneutica negoziale, può osservarsi che, mentre la rinuncia al diritto di surroga di cui all'art. 1916 c.c. certamente non è decisiva ai fini della qualificazione della natura della polizza, quanto al criterio di calcolo dell'indennizzo (che si assume "ancorato in percentuale ad un capitale convenzionalmente pattuito"), il contenuto delle clausole da cui emerge tale circostanza e, quindi, le effettive modalità di calcolo dell'indennizzo, non dimostrano quanto sostenuto dal ricorrente, ma, al contrario, confermano che si tratta di comuni polizze infortuni (quindi di assicurazioni dei danni) e, comunque, , non certo di polizze assimilabili ad assicurazioni sulla vita.

Nel ricorso (a pag. 63) è trascritto il contenuto delle clausole rilevanti: "art. 3.5 (denominato "Invalidità permanente da infortunio") della polizza infortuni privata ALLIANZ n. (Omissis) (doc. 40 fasc. secondo grado esponente qui nuovamente prodotto sub doc. 32) secondo cui: "Qualora l'infortunio abbia per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà a tale titolo, secondo le percentuali indicate nella 'Tabella' allegata, una indennità calcolata in proporzione al grado di invalidità accertato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale; nonché l'art. 16 lett. C) (denominato Prestazioni - Lesioni) della polizza n. (Omissis) (doc. 41 fasc. secondo grado esponente qui nuovamente prodotto sub doc. 33) secondo cui "l'Assicuratore corrisponde l'indennizzo nella misura prevista come segue: per tutti gli Assicurati saranno operanti le prestazioni previste nella Tabella A allegata alla quale verrà applicato il massimale di riferimento".

Non si tratta di clausole che consentano di affermare la natura previdenziale, anziché di assicurazione contro i danni, delle polizze in questione e, tanto meno, la loro assimilabilità ad una assicurazione sulla vita.

L'importo riconosciuto come indennizzo è ancorato ad un capitale prestabilito, essendo prestabilito il limite patrimoniale del rischio assicurato, ma, come correttamente rilevato dalla Corte d'Appello, non vi è alcun elemento che possa indurre a ritenere che l'indennizzo non resti una (pur parziale) copertura del danno derivante dall'infortunio e assuma diversa natura.

In definitiva, la qualificazione della natura delle polizze, da parte della Corte d'Appello è corretta e, in ogni caso, l'interpretazione della volontà negoziale emergente da esse non può ritenersi arbitraria e, di conseguenza, sindacabile nella presente sede.

2. Ricorso successivo (da qualificarsi come incidentale) proposto da Go.Gi. e Vi.Ro.

Il ricorso avanzato da Go.Gi. e Vi.Ro., in quanto notificato successivamente a quello di Go.St., va qualificato come ricorso incidentale.

2.1 Con il primo motivo si denuncia "violazione e/o falsa applicazione dell'art. 2 Cost., degli artt. 1223, 1226 e 2056 c.c. per aver la Corte d'Appello violato e/o falsamente applicato il principio di equità nel risarcimento del danno non patrimoniale da lesione del rapporto parentale, omettendo di applicare le Tabelle del Tribunale di Milano sulla liquidazione del danno non patrimoniale a favore dei genitori conviventi del macroleso, in relazione all'art. 360 c. 1 n. 3 c.p.c.".

Il motivo è manifestamente infondato.

La Corte d'Appello ha affermato quanto segue, sul punto in contestazione: "Il Tribunale si è avvalso dei parametri elaborati dalle Tabelle di Milano 2021 non già per il danno parentale

relativo a macrolesioni del congiunto convivente, ma di quelli previsti per la perdita del rapporto parentale, scegliendo il valore massimo (Euro 336.500) e diminuendolo del solo 20% (come se il danno biologico di Go.St. corrispondesse ad un'invalidità dell'80%)", facendo ulteriormente presente che il Go.St. ha riportato una invalidità permanente del 58% (e una perdita della capacità lavorativa del 50%).

I ricorrenti sostengono che, invece, dovrebbe essere ritenuta corretta l'utilizzazione delle tabelle in questione, relative alla perdita del rapporto parentale.

L'assunto è manifestamente infondato: nella specie non vi è stata l'integrale perdita del rapporto parentale, ma esclusivamente una lesione - sia pur significativa - dello stesso, in quanto il congiunto leso ha subito esclusivamente una (pur consistente, ma non completa) invalidità permanente, che ha certamente modificato e pregiudicato il precedente rapporto parentale (sul piano dinamico-relazionale) con i genitori, oltre a causare a questi ultimi una sofferenza interiore (danno morale), ma, altrettanto certamente, non ha eliminato del tutto il suddetto rapporto, avendo il leso conservato un non marginale grado di autonomia fisica e psichica (circostanze sulle quali argomenta ampiamente la stessa Corte d'Appello).

Ed è, d'altronde, appena il caso di osservare che non avrebbe avuto senso, in una siffatta situazione (se anche fosse avvenuto, pur in realtà emergendo il contrario), neanche assumere come parametro di base l'importo della possibile liquidazione equitativa del danno da perdita del rapporto parentale e semplicemente decurtare tale importo in proporzione alla percentuale di invalidità permanente, trattandosi di situazioni concrete non comparabili e certamente non valutabili in termini di proporzionalità aritmetica, tanto meno rispetto all'evento della totale e irreversibile perdita di quel rapporto.

Altrettanto legittima deve ritenersi, almeno in astratto, l'utilizzazione, per la liquidazione del danno non patrimoniale dei congiunti del macroleso, delle Tabelle all'uopo predisposte presso il Tribunale di Roma per la liquidazione del danno parentale da macrolesioni del congiunto convivente (cfr. Cass., Sez. 3, Ordinanza n. 5948 del 28/02/2023; Sez. 3, Ordinanza n. 13540 del 17/05/2023; Sez. 3, Ordinanza n. 36560 del 30/12/2023), salvo quanto si dirà, in relazione ai successivi motivi di ricorso, con riguardo a detta applicazione in concreto.

2.2 Con il secondo motivo si denuncia "nullità della sentenza per violazione degli artt. 111 Cost., 132 n. 4 c.p.c. e 118 disp. att. c.p.c. in relazione all'art. 360 c. 1 n. 4 c.p.c. - motivazione apparente/difetto di motivazione in merito alla ritenuta lievità del danno subito dal figlio dei ricorrenti e dall'assenza di necessità di sua assistenza da parte dei genitori, sulla base delle valutazioni contenute nella relazione dell'investigatore privato di ALLIANZ - omessa motivazione in merito alle risultanze della CTU espletata sul figlio dei ricorrenti in ordine alla gravità del danno subito dal figlio dei ricorrenti ed alle altre testimonianze assunte -

motivazione apparente/difetto di motivazione in merito all'omessa effettiva applicazione del valore massimo del punto indicato dal Tribunale di Roma".

Con il terzo motivo si denuncia "violazione e/o falsa applicazione degli artt. 61,196,116 c.p.c. e degli artt. 2043, 2056, 2059, 1223, 1226 e 2729 c.c., in relazione all'art. 360 c. 1 n. 3) c.p.c., in riferimento alla rideterminazione del danno non patrimoniale a favore dei genitori conviventi che la Corte di appello ha ridotto sulla base delle valutazioni contenute nella relazione dell'investigatore privato di ALLIANZ, seppure contrastanti con le risultanze della CTU espletata sul figlio dei ricorrenti in ordine alla gravità del danno e delle altre testimonianze assunte comprovanti la necessità di assistenza dei genitori - omessa applicazione del valore massimo del punto indicato dalle tabelle del Tribunale di Roma".

Il secondo e il terzo motivo del ricorso sono intimamente connessi, sul piano logico e giuridico e, quindi, da esaminare congiuntamente.

Essi sono fondati.

2.2.1 I ricorrenti denunciano, nella sostanza, una non corretta applicazione delle cd. "Tabelle di Roma", sia perché sarebbe stata esclusa la necessità di una assistenza continua del leso e, più in generale, non si sarebbero adeguatamente considerate le sue effettive condizioni di salute e di esistenza, sia perché sarebbe stata esclusa, senza ragione apparente, una delle due componenti del danno (morale e dinamico-relazionale) espressamente previste dalle Tabelle in questione.

2.2.2 L'applicazione delle cd. "Tabelle del Tribunale di Roma", che la Corte d'Appello ha espressamente ed inequivocabilmente dichiarato di intendere utilizzare per la liquidazione del danno da lesione del rapporto parentale, è avvenuta certamente in modo non corretto; quanto meno, resta del tutto incomprensibile il percorso motivazionale che ha condotto la stessa Corte d'Appello, sulla base della indicata premessa, alla determinazione della somma finale riconosciuta ai ricorrenti.

Il criterio a punti previsto dalle tabelle in questione per la liquidazione del "danno riflesso del congiunto di vittima di lesioni (Tabella E)" risulta ancorato ad una serie di variabili, per cui non esiste una fascia all'interno della quale andrebbe individuata, tra un importo minimo e uno massimo, la somma ritenuta equa ai fini risarcitori. Al contrario, il risultato dell'applicazione della suddetta tabella "a punti" è, per così dire, "fisso": il risultato consiste in un importo determinato in una misura numerica specifica e precisa, derivante dalla applicazione di una serie di parametri, minuziosamente descritti.

D'altra parte, lo stesso indirizzo di questa Corte, richiamato al precedente paragrafo (cui si fa rinvio), in cui si afferma che è preferibile, per la liquidazione del danno in questione, un sistema "a punti", si fonda esattamente sul presupposto per cui è più adeguata una

liquidazione dell'importo risarcitorio precisa, derivante dall'applicazione di parametri fissi e predeterminati, invece che la previsione di fasce ampie nell'ambito delle quali il giudice resta sostanzialmente libero di individuare l'importo ritenuto equo (come avveniva, in precedenza, per le cd. "tabelle milanesi").

Nella specie, l'applicazione delle cd. "Tabelle di Roma" (allegate al ricorso e il cui contenuto è, nel ricorso stesso, adeguatamente richiamato) dovrebbe comportare, per ciascun genitore, un punto "fisso" e costante di Euro 3.474,00 per la componente del danno morale, e un ulteriore punto di Euro 3.474,00, per la componente dinamico-relazionale (non risultando - per quanto pare emergere anche dalla sentenza impugnata - che Go.St. goda dell'indennità di accompagnamento, nel qual caso il punto per la componente dinamico-relazionale sarebbe stato pari a Euro 2.450,00), da moltiplicare per i punti relativi al grado di parentela (20), all'età del leso (8) e del congiunto (4), divisi per il coefficiente relativo al numero di congiunti (0,80), e da parametrare, infine, al grado percentuale di danno biologico accertato (58%): il risultato finale ammonterebbe all'importo di Euro 103.163,90, per ciascun genitore, mentre la Corte d'Appello ha liquidato un importo pari a Euro 45.000,00 in favore di ciascun genitore, senza in alcun modo spiegare le ragioni di questa (apparentemente inspiegabile) decurtazione del risultato finale (è appena il caso di osservare che, pure a voler ipotizzare l'applicazione del punto per la componente dinamico-relazionale pari a Euro 2.450,00, previsto per il caso in cui il leso goda dell'indennità di accompagnamento, il risultato finale sarebbe stato pari a Euro 87.959,55 e, quindi, comunque, quasi doppio rispetto alle somme liquidate in concreto).

2.2.3 Orbene, laddove il giudice dichiara espressamente di intendere applicare una determinata tabella predisposta per la liquidazione del danno (nella specie, il "danno riflesso del congiunto di vittima di lesioni"), la quale prevede parametri precisi e fissi per la determinazione dell'importo finale, ma poi liquida, a titolo risarcitorio, un importo del tutto diverso (nella specie, pari a meno della metà) rispetto a quello che deriverebbe da tale applicazione, senza neanche fornire elementi per comprendere la genesi dello stesso, come se fosse quello esattamente derivante dal criterio tabellare, la statuizione deve ritenersi viziata, in quanto sorretta da motivazione inesistente o, al più, meramente apparente o, comunque, insanabilmente contraddittoria sul piano logico.

Non basta, in altri termini, affermare di intendere applicare una determinata "tabella" per la liquidazione del danno, se poi, senza spiegare in alcun modo le ragioni, si liquida un importo che non ha alcun rapporto con quello previsto dalla tabella stessa. Ciò fermo restando, naturalmente, che la liquidazione è equitativa e che l'importo riconosciuto a titolo risarcitorio può essere anche diverso da quello derivante dalla mera automatica applicazione dei criteri tabellari, purché ne siano adeguatamente e logicamente spiegate le ragioni (cfr., già con riguardo alle cd. "tabelle milanesi", che prevedevano ampie fasce di importi liquidabili: Cass., Sez. 3, Sentenza n. 3505 del 23/02/2016, secondo cui "in tema di danno non patrimoniale, qualora il giudice, nel soddisfare esigenze di uniformità di trattamento su base nazionale,

proceda alla liquidazione equitativa in applicazione delle "tabelle" predisposte dal Tribunale di Milano, nell'effettuare la necessaria personalizzazione di esso, in base alle circostanze del caso concreto, può superare i limiti minimi e massimi degli ordinari parametri previsti dalle dette tabelle solo quando la specifica situazione presa in considerazione si caratterizzi per la presenza di circostanze di cui il parametro tabellare non possa aver già tenuto conto, in quanto elaborato in astratto in base all'oscillazione ipotizzabile in ragione delle diverse situazioni ordinariamente configurabili secondo l'"id quod plerumque accidit", dando adeguatamente conto in motivazione di tali circostanze e di come esse siano state considerate"; Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 14746 del 29/05/2019; Sez. 6 - 3, Ordinanza n. 7597 del 18/03/2021).

A maggior ragione, in un sistema a punti con importo "fisso", senza minimo e massimo, deve escludersi che si possa liquidare un risarcimento sensibilmente inferiore a quello derivante dall'applicazione della tabella espressamente indicata come utilizzata, senza alcuna motivazione.

In caso contrario, la decisione deve ritenersi violare, altresì, l'art. 1226 c.c., perché di fatto, nonostante la formale declamazione, quale premessa, della applicazione di una determinata tabella, che dovrebbe, di per sé, integrare il parametro dell'equità, la stessa non viene effettivamente applicata e non vengono in altro modo indicate le ragioni della determinazione della diversa somma ritenuta equa.

2.2.4 Per quanto, infine, riguarda le censure relative alla effettiva situazione di salute e di condizioni di vita di Go.St., nonché alla necessità o meno di una assistenza continua da parte dei genitori, esse, se, per un verso, si risolvono nella contestazione di accertamenti di fatto fondati sulla prudente valutazione delle prove, operati dalla Corte d'Appello e sostenuti da adeguata motivazione, non meramente apparente, né insanabilmente contraddittoria sul piano logico, come tale non sindacabile nella presente sede, nonché in una sostanziale richiesta di una nuova e diversa valutazione della prove stesse, il che non è consentito nel giudizio di legittimità, per altro verso, risultano in definitiva di fatto irrilevanti, ai fini dell'applicazione delle cd. "Tabelle di Roma", che attribuiscono rilievo esclusivamente alla eventuale sussistenza del diritto all'indennità di accompagnamento, nella specie neanche allegato.

2.2.5 In definitiva, la Corte d'Appello ha correttamente richiamato le "tabelle romane", come parametro da seguire per la liquidazione equitativa del danno, ma ha poi fornito una motivazione meramente apparente e logicamente contraddittoria in ordine al risultato finale, che, di conseguenza, non è conforme alla corretta applicazione dell'art. 1226 c.c.

La statuizione sul punto deve essere, pertanto, cassata, affinché, in sede di rinvio, sia rinnovata l'indicata liquidazione, sulla base dei principi più sopra esposti e liberamente e correttamente

eretti a premessa dalla stessa corte territoriale: in particolare, con una corretta e motivata applicazione dei parametri indicati dalla tabella romana, ovvero, in alternativa, con una puntuale e adeguata motivazione in ordine alle ragioni ritenute sussistenti per un eventuale scostamento dal risultato derivante dalla sua applicazione, e con onere di motivazione tanto più specifica e dettagliata, quanto più sia ampio il margine di differenza rispetto al risultato finale.

2.3 Con il quarto motivo si denunzia "la sentenza impugnata è affetta da errore materiale essendo presente un errore di calcolo nell'applicazione delle tabelle del Tribunale di Roma".

Il quarto motivo resta assorbito, in virtù dell'accoglimento dei due motivi precedenti.

2.4 Con il quinto motivo si denunzia "erronea e falsa applicazione degli artt. 2043,1223,2056 e 2729 c.c.ex art. 360 c. 1 n. 3) c.p.c. in relazione alla decurtazione del danno patrimoniale da lucro cessante patito da Vi.Ro. - erronea applicazione di coefficiente di capitalizzazione scientificamente scorretto".

Il motivo è inammissibile.

2.4.1 Le censure aventi ad oggetto la concreta determinazione dell'importo dei redditi (futuri) perduti dalla Vi.Ro., per avere dovuto abbandonare il proprio lavoro di cuoca, sono inammissibili, in quanto si tratta di contestazioni aventi ad oggetto accertamenti di fatto fondati sulla prudente valutazione delle prove, operati dalla Corte d'Appello e sostenuti da adeguata motivazione, non meramente apparente, né insanabilmente contraddittoria sul piano logico, come tale non sindacabile nella presente sede, nonché in una sostanziale richiesta di una nuova e diversa valutazione delle prove stesse, il che non è consentito nel giudizio di legittimità.

2.4.2 Altrettanto inammissibile è la censura (analoga a quella di cui al primo motivo di ricorso di Go.St.) avente ad oggetto la questione del coefficiente utilizzato ai fini della capitalizzazione anticipata della rendita futura perduta, nell'ottica della liquidazione in concreto del danno patrimoniale.

Non risulta, infatti, oggetto di gravame la statuizione del giudice di primo grado di applicazione del suddetto criterio di capitalizzazione, da parte della Vi.Ro.: il criterio in questione risulta contestato, in appello dal solo Go.St., come specificamente osservato dalla Corte d'Appello, senza peraltro che vi sia una specifica censura nel ricorso, con riguardo a tale ultimo rilievo. Né può ritenersi decisiva, in senso contrario, la circostanza che l'importo del risarcimento, per tale voce, è stato comunque ridotto in appello, anche se per un'altra ragione: in ogni caso, la Vi.Ro. avrebbe dovuto, quanto meno, censurare specificamente nel ricorso la statuizione della Corte d'Appello che ha in sostanza ravvisato l'inammissibilità del suo



gravame sul punto, in quanto non sorretto da una censura sufficientemente specifica (cfr. a pag. 60, ultime tre righe, della sentenza impugnata).

Ogni questione sul punto è, peraltro, assorbita dal rilievo che, anche se si potesse esaminare nel merito la censura in oggetto, essa necessariamente seguirebbe la medesima sorte del primo motivo del ricorso principale di Go.St., fondato sulle medesime ragioni, che non ha trovato accoglimento: ed agli argomenti per il rigetto del quale può farsi, quindi, rinvio.

### 3. Ricorso incidentale di ALLIANZ Spa

Con l'unico motivo si denuncia "violazione di legge in riferimento all'art. 360, primo comma, n. 3), cod. proc. civ., in punto di liquidazione delle spese legali, per errata applicazione del D.M. 10 marzo 2014, n. 55, nel liquidare le spese del primo grado e per errata individuazione dello scaglione di valore in relazione alle spese del giudizio".

Il motivo ha ad oggetto esclusivamente le spese liquidate in primo grado a carico di F.I.P. (in favore della quale ALLIANZ Spa è tenuta alla manleva) e in favore di Go.Gi. e Vi.Ro.

Esso, quindi, resta assorbito, in virtù dell'accoglimento del secondo e del terzo motivo del ricorso proposto da questi ultimi, che rende necessaria la rinnovazione della liquidazione del loro danno da lesione del rapporto parentale e, di conseguenza, un ulteriore sviluppo della controversia tra dette parti, con una nuova regolamentazione delle spese di lite.

### 4. Il ricorso principale di Go.St. è rigettato.

Sono accolti il secondo e il terzo motivo del ricorso successivo (da qualificare come incidentale) di Go.Gi. e Vi.Ro., assorbito il quarto e disattesi il primo ed il quinto.

Il ricorso incidentale di ALLIANZ Spa è assorbito.

La sentenza impugnata è cassata in relazione ai motivi accolti, con rinvio alla Corte d'Appello di Torino, in diversa composizione, anche per le spese del giudizio di legittimità relativamente alla posizione di Go.Gi. e Vi.Ro.

Le spese del giudizio di legittimità in relazione al ricorso di Go.St. sono integralmente compensate tra tutte le parti, sussistendo i richiesti gravi ed eccezionali motivi a tal fine, in considerazione della novità, almeno negli esatti termini proposti, delle più rilevanti questioni poste dal medesimo.

Deve darsi atto della sussistenza dei presupposti processuali (rigetto, ovvero dichiarazione di inammissibilità o improcedibilità dell'impugnazione) di cui all'art. 13, co. 1 quater, del D.P.R. 30 maggio 2002 n. 115, introdotto dall'art. 1, co. 17, della legge 24 dicembre 2012 n. 228, in relazione al ricorso di Go.St.

Per la natura della causa petendi, va d'ufficio disposta l'omissione, in caso di diffusione del presente provvedimento, delle generalità dell'attori e degli interventori, ai sensi dell'art. 52 del decreto legislativo n. 196 del 2003.

P.Q.M.

La Corte:

- rigetta il ricorso principale di Go.St., dichiarando integralmente compensate tra le parti le spese del giudizio di legittimità, in relazione allo stesso;
- accoglie il secondo e il terzo motivo del ricorso successivo (da qualificare come incidentale) di Go.Gi. e Vi.Ro., per quanto di ragione, assorbito il quarto e disattesi il primo ed il quinto;
- dichiara assorbito il ricorso incidentale di ALLIANZ Spa;
- cassa la sentenza impugnata, in relazione ai motivi accolti, con rinvio alla Corte d'Appello di Torino, in diversa composizione, anche per le spese del giudizio di legittimità, per il ricorso di Go.Gi. e Vi.Ro.;
- dà atto della sussistenza dei presupposti processuali (rigetto, ovvero dichiarazione di inammissibilità o improcedibilità dell'impugnazione) di cui all'art. 13, comma 1 quater, del D.P.R. 30 maggio 2002 n. 115, per il versamento al competente ufficio di merito, da parte del ricorrente principale Go.St., dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso (se dovuto e nei limiti in cui lo stesso sia dovuto), a norma del comma 1 bis dello stesso art. 13.

Si dispone che, ai sensi dell'art. 52 del decreto legislativo n. 196 del 2003, in caso di diffusione del presente provvedimento siano omissi i dati identificativi degli attori.

Così deciso nella camera di consiglio della Terza Sezione Civile della Corte di Cassazione, in data 16 ottobre 2025.

Depositato in Cancelleria il 3 novembre 2025.