

Tribunale di Trento, sez. lavoro, Sent. n. 102 del 30.8.2022 – Medici e covid-19 - infortunio sul lavoro - SENTENZA nella causa per controversia in materia di lavoro promossa con ricorso depositato in data 17.4.2021 da T.M. rappresentato e difeso dall'avv. Renzo Briguglio ricorrente contro SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE s.p.a. rappresentata e difesa dall'avv. Maurizio Hazan convenuto AVIVA ITALIA s.p.a. convenuta contumace

CONCLUSIONI DEL RICORRENTE "Ritenere e dichiarare, previo riconoscimento dell'infortunio occorso alla dott.ssa T. Gaetana deceduta per Covid-19, il diritto del ricorrente - unico erede dell'assicurata - all'indennizzo previsto dalla polizza in oggetto, e così condannare, per l'effetto, la società di Assicurazione CATTOLICA s.p.a. (003220160237) in solido con AVIVA ITALIA s.p.a., alla corresponsione in favore del ricorrente dell'indennizzo di € 125.000,00, quale somma assicurata in polizza per il caso morte da infortunio, oltre interessi e /o rivalutazione monetaria dalla data dell'occorso o comunque della domanda giudiziale al soddisfo"

CONCLUSIONI DELLA SOCIETA' CONVENUTA "I. IN VIA PREGIUDIZIALE accertare e dichiarare l'incompetenza funzionale del Tribunale del Lavoro di Trento in favore del Tribunale Ordinario di Trento per tutti i motivi di cui alla narrativa e per l'effetto dichiarare inammissibile e comunque improcedibile la domanda e rigettarla perché infondata in fatto e in diritto per tutti i motivi di cui alla narrativa; in via alternativa convertire il rito ex art. 427 cpc fissando per il ricorrente un termine perentorio per la riassunzione con il rito ordinario e la messa in regola con le disposizioni tributarie. II. IN VIA PRELIMINARE DI MERITO • Accertare e dichiarare che il ricorrente M. T. non è Beneficiario ai sensi della polizza posta a fondamento della domanda in quanto non ha provato (né svolto istanze istruttorie al riguardo) di essere erede legittimo ovvero testamentario della Dott. ssa Gaetana T. e, anzi, il doc. 1 ex adverso prodotto smentisce tale qualifica; per l'effetto rigettare tutte le domande proposte dal ricorrente nei confronti di Cattolica e Aviva in quanto infondate in fatto e in diritto per i motivi di cui alla narrativa. III. NEL MERITO, IN VIA PRINCIPALE Accertare e dichiarare l'inoperatività della polizza Cattolica/Aviva posta a fondamento della domanda proposta dal ricorrente anche per le decadenze ex artt. 1913- 1915 cod. civ. nonché ai sensi dell'art. 2 delle CGA (pagina 24 polizza prodotta sub. doc. 7 fascicolo ricorrete) e per l'effetto, rigettare tutte le domande proposte contro Cattolica/AVIVA –nessuna esclusa- - per i tutti i motivi meglio descritti in narrativa perché infondate in fatto e in diritto. Rigettare in ogni caso tutte le istanze istruttorie per i motivi di cui in narrativa. IN OGNI CASO Con vittoria delle spese e competenze di lite comprensive del contributo forfettario"

MOTIVAZIONE le domande proposte dal ricorrente Il ricorrente T.M.– premesso: - di essere fratello e unico erede di T. Gaetana, la quale in vita esercitava la professione di medico di continuità assistenziale, da ultimo, a far data dall'1.9.2019, in esecuzione di un incarico a tempo indeterminato conferitole dall'APSS – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (doc. 2 fasc. ric.), e decedeva il giorno 20.3.2020 a seguito di "polmonite da Sars - Coronavirus - Covid 19" (doc. 3 fasc. ric.); - che l'ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Medici) aveva stipulato con la società CATTOLICA ASSICURAZIONE s.p.a. (con la partecipazione al 40% di AVIVA ITALIA s.p.a.) – in esecuzione dell'obbligo scaturente dall'art. 72 co. 4 Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ("Per far fronte al mancato guadagno derivante al medico di cui al presente articolo [medico addetto al servizio di continuità assistenziale] per malattia, gravidanza, puerperio, anche in relazione al disposto del d.lgs. n. 151/2001 l'Azienda versa all'ENPAM, con le stesse scadenze previste per il versamento del contributo previdenziale di cui al comma 3 ed affinché provveda in merito, un contributo dello 0,36% sull'ammontare dell'onorario professionale di cui al comma 1 da utilizzare per la stipula di apposite assicurazioni. Al fine di migliorare i trattamenti assicurativi e includere nella gamma degli eventi assicurati anche le eventuali conseguenze

economiche di lungo periodo, a decorrere dal 31 dicembre 2009 l'importo del Fondo di cui al periodo precedente del presente comma, è pari allo 0,72% dei compensi di cui al comma 1") – un contratto di assicurazione “per la copertura dei primi trenta giorni di malattia ed eventuali conseguenze economiche di lungo periodo - invalidità permanente e caso morte in conseguenza di infortunio - invalidità permanente da malattia”, con la previsione di un indennizzo di € 125.000,00 in caso di morte in conseguenza di infortunio avvenuto nel biennio precedente (mentre nessun indennizzo era contemplato nel caso di morte in conseguenza di malattia), in favore degli eredi legittimo o testamentari – propone domanda di condanna, in solido, della convenuta SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE s.p.a. e della società AVIVA ITALIA s.p.a. alla corresponsione, in suo favore, della somma di € 125.000,00, oltre a rivalutazione e interessi, a titolo di indennizzo in caso di morte in conseguenza di infortunio avvenuto nel biennio precedente.

le ragioni della decisione

1) in ordine all'eccezione, sollevata dalla società convenuta costituita, di “incompetenza funzionale del giudice del lavoro adito”

La convenuta costituita SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE s.p.a. eccepisce “in via pregiudiziale” (rectius preliminare) l' “incompetenza funzionale del giudice del lavoro adito” (rectius l'erroneità del rito del lavoro prescelto dal ricorrente) per una duplice ragione:

a) la presente controversia attiene a obbligazione avente fonte non già in un contratto collettivo, ma in un contratto di assicurazione privata;

b) la domanda è proposta da un soggetto diverso dal medico assicurato e attore iure proprio;

L'eccezione non è fondata. Occorre premettere in via di fatto che, come si è già evidenziato, il contratto di assicurazione tra l'ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Medici) e la società CATTOLICA DI ASSICURAZIONE s.p.a. (con la partecipazione al 40% di AVIVA ITALIA s.p.a.) è stato stipulato in esecuzione dell'obbligo scaturente da un negozio espressione di autonomia collettiva, vale a dire dall'art. 72 co. 4 Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Quindi il richiamo, effettuato dalla difesa della società convenuta (pag. 7 della memoria di costituzione) a Cass. 23.3.1991, n. 3149 non è conferente, riguardando una vicenda in cui la stipulazione di un contratto di assicurazione costituiva una facoltà (spettante al datore di lavoro in alternativa all'adempimento di obblighi di legge), mentre nel caso in esame l'ENPAM vi era tenuto in forza di una previsione contenuta nell'Accordo collettivo cit..

Orbene, come ha già ricordato parte ricorrente, secondo il consolidato orientamento della Suprema Corte (Cass. 15.4.2015, n. 7625; Cass. 22.2.2013, n. 4571; Cass. 8.2.1996, n. 1006; 103, n. Cass. 14.3.1987, n. 2674;) l'art. 442 cod. proc.civ., nel disciplinare le controversie in materia di previdenza e di assistenza obbligatorie, ha introdotto una completa equiparazione tra le controversie derivanti dall'applicazione delle norme di legge che disciplinano la materia (comma 1) e quelle relative all'inosservanza degli obblighi di assistenza e di previdenza derivanti da contratti e accordi collettivi (comma 2), di talché rientrano nella competenza del giudice del lavoro anche le controversie previdenziali relative a forme di previdenza previste dall'autonomia collettiva, ancorché esse coinvolgano società assicuratrici estranee al sistema pubblicistico della previdenza ed assistenza sociale e anche se la controversia insorga non già tra le parti del rapporto di lavoro, bensì tra datore di lavoro e società assicuratrice, ovvero tra quest'ultima e il lavoratore, coinvolgendo posizioni attinenti al regime privatistico della polizza assicurativa, come la sua stipulazione e l'inclusione in essa dell'infortunio lamentato.

E' vero che nella vicenda in esame l'attore non è il lavoratore, ma il suo (presunto) erede. Tuttavia occorre considerare che è lo stesso contratto di assicurazione a prevedere – nell'ambito delle “conseguenze economiche di lungo periodo”, che l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale include nella “gamma degli eventi assicurati” dalle “apposite assicurazioni”, con le quali ENPAM è tenuta

a stipulare in esecuzione di detto Accordo collettivo – la copertura del caso di morte derivante da infortunio con indennizzo in favore degli eredi del lavoratore deceduto.

Di conseguenza qui il rapporto di lavoro parasubordinato, avente a oggetto l'incarico di continuità assistenziale conferito alla de cuius del ricorrente, costituisce, in primis alla luce delle previsioni contenute nell'Accordo collettivo cit., l'antecedente logico-necessario della pretesa (ricorre a questa figura dogmatica: in questa materia Cass. 4571/2013 cit.; più in generale, al fine di individuare la sfera di applicazione del rito del lavoro, Cass. 8.10.2012, n. 17092; Cass. 8.8.2003, n. 12007; Cass. 28.11.2002, n. 16865; Cass. 22.3.2002, n. 41291;) che il ricorrente aziona nel presente giudizio quale (presunto) erede di T. Gaetana, medico di continuità assistenziale, che, a far data dall'1.9.2019, aveva in corso un incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato conferitole dall'APSS – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento e che è deceduta il giorno 20.3.2020.

1 Secondo le quali: “Per controversie relative a rapporti di lavoro subordinato ai sensi dell'art. 409, n. 1, cod. proc. civ., debbono intendersi non solo quelle relative alle obbligazioni propriamente caratteristiche del rapporto di lavoro, ma tutte le controversie in cui la pretesa fatta valere in giudizio si ricolleggi direttamente al detto rapporto, nel senso che questo, pur non costituendo la "causa petendi" di tale pretesa, si presenti come antecedente e presupposto necessario, e non già meramente occasionale, della situazione di fatto in ordine alla quale viene invocata la tutela giurisdizionale, essendo irrilevante l'eventuale non coincidenza delle parti in causa con quelle del rapporto di lavoro”

In definitiva, sia la circostanza che la pretesa azionata dal ricorrente trovi la sua fonte diretta in un contratto di assicurazione (la cui stipulazione è però esecutiva di un accordo collettivo), sia il fatto che la domanda è stata proposta da un soggetto diverso dal medico assicurato e attore iure proprio, non sono ostative alla trattazione della controversia secondo il rito del lavoro.

2) in ordine all'eccezione “preliminare di merito”, sollevata dalla società convenuta costituita, di difetto di legittimazione passiva (sostanziale) del ricorrente

La convenuta costituita SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE s.p.a. eccepisce “in via preliminare di merito” il difetto, in capo al ricorrente T. M., della qualità di erede legittimo o testamentario di T. Gaetana.

L'eccezione non è fondata alla luce della documentazione prodotta dal ricorrente in allegato al ricorso (doc. 1, costituito dall'atto di rinuncia di padre, fratello e nipote) e all'udienza del 15.7.2021 (stato della famiglia d'origine T.).

D'altronde la produzione di quest'ultimo documento non può certo ritenersi tardiva ex art. 414 cod.proc.civ. e sentenza Corte cost. n. 13 del 1977 in quanto, alla luce delle deduzioni svolte in sede precontenziosa dalla società convenuta (la quale non aveva minimamente messo in discussione la qualità di erede di T. MAURO), è ovvio che questi si sia curato di documentare che egli era l'unico erede (di qui la produzione sub doc. 1 della rinuncia all'eredità da parte di padre, fratello e nipote); ciò alla luce della previsione, contenuta nel contratto di assicurazione stipulato da ENPAM con le società convenute (doc. 7 fasc. ric., su cui più ampiamente infra), tra le “garanzie sezione infortuni comuni a tutti i settori”, secondo la quale in “caso morte dell'assicurato”: “Qualora l'Infortunio avesse per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro 2 anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari” (pag.24 della polizza).

A fronte del mutamento di strategia difensiva, espresso in giudizio dalla società convenuta contestando la qualità di erede del ricorrente, questi ha tempestivamente prodotto in prima udienza lo stato della famiglia d'origine T., da cui si evince agevolmente che egli possiede quella qualità.

Nelle note finali autorizzate parte convenuta (pag. 9) afferma che nell'atto di rinuncia all'eredità da parte di padre, fratello e nipote del ricorrente il notaio avrebbe “attestato che

gli eredi legittimi della Dott.ssa Gaetana T. sono il padre (Carmelo T.) e il fratello (Santi T.)”, di talché in base all’atto del notaio “gli unici eredi legittimi sono T. Carmelo ed al fratello T. Santi” e “quindi ha attestato che tra i soggetti successibili per legge non c’è il ricorrente M. T. posto che la de cuius aveva solo un fratello, Santi T.”; conclude che: “Affermare che il Sig. M. T. è fratello nonché erede legittimo della Dott. ssa Gaetana T. vuol dire affermare che il Notaio Fabio Tireno ha dichiarato il falso”.

Tali assunti sono manifestamente infondati perché in palese contrasto con inequivocabili dati testuali agevolmente rinvenibili nell’atto di rinuncia a rogito del notaio Tireno:

il notaio in proposito si limita ad attestare quanto i “comparenti” T. Carmelo, Santi e Vanessa “premettono”;

oggetto di tali premesse vi è, tra le altre, la circostanza che (evidenziazione dello scrivente): “la predetta de cuius non ha lasciato testamento per cui la sua eredità si è devoluta per legge anche al padre, T. Carmelo ed al fratello T. Santi”;

quindi neppure i rinuncianti comparenti hanno affermato che gli unici eredi legittimi di T. Gaetana sono T. Carmelo e il fratello T. Santi;

a sostenerlo, infondatamente, vi è solo la parte convenuta.

3) in ordine al merito

a) Quanto al merito, alla presente controversia è sottesa la questione se la morte, in data 30.3.2020, di T. Gaetana – pacificamente esercente in vita la professione di medico di continuità assistenziale, da ultimo, a far data dall’1.9.2019, in esecuzione di un incarico a tempo indeterminato conferitole dall’APSS – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, nonché de cuius del ricorrente (come già statuito sub 2)) – sia avvenuta in conseguenza di infortunio.

Infatti, nel contratto di assicurazione stipulato da ENPAM con le società convenute, in ordine alla “copertura dei primi trenta giorni di malattia ed eventuali conseguenze economiche di lungo periodo invalidità permanente e caso morte in conseguenza di infortunio, invalidità permanente da malattia, in favore dei medici di medicina generale, di assistenza primaria, di continuità assistenziale e dei medici di emergenza sanitaria territoriale” (doc. 7 fasc. ric.), alla “Sezione Infortuni” (pag. 17 segg.), tra le “condizioni di assicurazione comuni a tutti i settori”, è previsto, all’art. 1, concernente l’ “oggetto dell’assicurazione e somme assicurate”: “L’assicurazione vale per i rischi professionali per gli Assicurati di. ambedue i Settori Assicurati. La garanzia Rischi extraprofessionali è prestata unicamente, in favore degli Assicurati del settore di Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale. Somma Assicurata:... Caso Morte: € 125.000,00 “.

b) Appare incontestato e pure provato per tabulas (doc. 6 fasc. ric.) che la morte dell’assicurata (e de cuius del ricorrente) T. Gaetana è avvenuta a seguito di “polmonite da SARS CORONAVIRUS associato”.

c) La società convenuta contesta, invece, che “la dott.ssa Gaetana T. abbia contratto il virus nell’esercizio della propria attività professionale”. In disparte che il contratto di assicurazione concerne non solo i “rischi professionali” (definiti nella polizza – pag. 17 – “gli infortuni che l’Assicurato subisca nell’esercizio delle occupazioni professionali principali dichiarate”), ma anche i “rischi extraprofessionali” (definiti nella stessa pagina della polizza “gli infortuni che l’Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari e domestiche, il tempo libero, la pratica di hobby ed in generale qualsiasi manifestazione della vita quotidiana” – è certamente “più probabile che non” (per l’applicazione di tale criterio di “preponderanza dell’evidenza” o di “certezza probabilistica”, al fine di accertare il nesso causale in ambito civile, ex multis Cass. S.U. 11.1.2008, n. 581 e, di recente Cass. 14.3.2022, n. 8114; Cass. 29.3.2022, n. 10050;) che T. Gaetana abbia contratto il virus Sars Coronavirus (Covid 19) in occasione dello svolgimento della sua professione di medico di continuità assistenziale.

Infatti dalle informazioni, assunte ai sensi ex art. 213 cod.proc.civ. presso l'APSS di Trento, con ordinanza pronunciata all'udienza del 2.1.2021, emerge che:

“1. la dott.ssa Gaetana T. ha prestato servizio in qualità di medico di Continuità Assistenziale nella sede di San Jan di Fassa nelle segg. giornate: 7 marzo 2020 (8.00-20.00); 8 marzo 2020 (8.00-20.00); 10 marzo 2020 (20.00-8.00); 14 marzo 2020 (8.00-20.00).

2. Tra i pazienti visitati in questi turni (14 visite ambulatoriali, 5 visite domiciliari) il sig. RP di anni 86, visitato il 14/03/20, è risultato positivo al Covid con tampone effettuato il PS il giorno 15/03/20.

3. il tampone molecolare effettuato dalla dott.ssa T. in data 18 marzo 2020 è risultato positivo”.

La certezza che la de cuius del ricorrente venne a contatto con un paziente affetto da COVID 19 e che a distanza di quattro giorni ella risultò positiva al medesimo virus costituiscono indizi gravi, precisi e concordanti² del tutto idonei a fondare la presunzione che il contagio sia avvenuto nello svolgimento dell'attività lavorativa di medico di continuità assistenziale.

2 E' opportuno ricordare che ad avviso della Suprema Corte (Cass. 28.2.2017, n. 19485, Cass. 26.6.2008, n. 17535; Cass. 9.8.2007, n. 17457;):

la gravità allude a un concetto logico, generale o speciale (cioè rispondente a principi di logica in genere oppure a principi di una qualche logica particolare, per esempio di natura scientifica o propria di una qualche *lex artis*), che esprime nient'altro che la presunzione si deve fondare su un ragionamento probabilistico, per cui, dato un fatto A noto, è probabile che si sia verificato il fatto B (non è condivisibile invece l'idea che vorrebbe sotteso alla gravità che l'inferenza presuntiva sia "certa");

la precisione esprime l'idea che l'inferenza probabilistica conduca alla conoscenza del fatto ignoto con un grado di probabilità che si indirizzi solo verso il fatto B e non lasci spazio, sempre al livello della probabilità, ad un indirizzarsi in senso diverso, cioè anche verso un altro o altri fatti;

la concordanza esprime un requisito del ragionamento presuntivo, che non lo concerne in modo assoluto, cioè di per sé considerato, come invece gli altri due elementi, bensì in modo relativo, cioè nel quadro della possibile sussistenza di altri elementi probatori, volendo esprimere l'idea che, intanto la presunzione è ammissibile, in quanto indirizzi alla conoscenza del fatto in modo concordante con altri elementi probatori, che, peraltro, possono essere o meno anche altri ragionamenti presuntivi.

Merita di ricordare l'orientamento della Suprema Corte (Cass. 10.4.2018, n. 8773; Cass. 7.3.2017, n. 57094; Cass. 12.6.2014, n. 13342;), ormai consolidatosi in tema di eventi indennizzati da I.N.A.I.L., secondo cui la prova del nesso eziologico tra fattore presente nell'ambiente di lavoro ed evento deve avere un grado di ragionevole certezza, nel senso che, esclusa la rilevanza della mera possibilità dell'eziopatogenesi professionale, questa può essere ravvisata in presenza di un elevato grado di probabilità.

Nelle note finali autorizzate (pag. 26) parte convenuta sostiene apoditticamente che “Secondo la scienza medica il tempo di incubazione del virus prima di manifestare la positività va da circa 5 giorni a un massimo di 14”.

L'assunto può essere facilmente smentito anche da una superficiale verifica sulla rete; ad esempio il sito www.humanitas.it afferma: “Il periodo di incubazione del virus va dalle 48-72 ore circa fino a due settimane. Da un report degli Annals of Internal Medicine, datato 5 maggio 2020, per COVID-19 risulta un tempo di incubazione medio di 4-5 giorni e una permanenza dei sintomi di circa 11 giorni”.

In ogni caso si tratta di questione non decisiva, atteso che il contratto di assicurazione de quo concerne non solo i “rischi professionali” ma anche i “rischi extraprofessionali”.

c) Residua, quindi, la questione se il decesso cagionato da Covid 19 sia sussumibile nella fattispecie – che, come si è già visto, rientra nell' oggetto del contratto di assicurazione de

quo – di “morte in conseguenza di infortunio” e, perciò, se il contagio da Covid 19 costituisca un infortunio.

Nella “Sezione Infortuni” della polizza, tra le “definizioni particolari relative a tutti i settori”, è ricompresa anche quella di “infortunio”, che consiste (evidenziazione dello scrivente) nell’ “evento occorso all'assicurato dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza l'effettivo impedimento per l'assicurato a prestare servizio di medicina generale...”.

Nulla quaestio che il contagio per effetto del contatto con il virus Covid 19 costituisca una causa esterna (trovandosi il virus, prima del contatto, al di fuori dell'organismo) e, nel caso di specie, certamente fortuita (non essendovi elementi per poter ritenere che T. Gaetana sia entrata intenzionalmente a contatto con il virus).

Ben più complessa è la valutazione circa la sussistenza nella causa (sicuramente esterna e fortuita) del requisito della violenza.

In riferimento all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, gestita dall'I.N.A.I.L. – dove l'infortunio, affinché le relative conseguenze siano indennizzabili, deve essere avvenuto “per causa violenta” (art. 2 d.P.R. 30.6.1965, n. 1124) – secondo il consolidato orientamento della Suprema Corte (ex multis Cass. 3.9.2021, n. 23894; Cass. 28.7.2010, n. 17649; Cass. 20.6.2006, n. 14119; Cass. 26.5.2006, n. 125593;) la causa è violenta se (oltre a operare dall'esterno) agisce con rapidità ed intensità, in un brevissimo arco temporale, o comunque in una minima misura temporale, mentre non sono indispensabili i requisiti della straordinarietà o accidentalità o imprevedibilità del fatto lesivo. 3 In questa pronuncia la Suprema Corte evidenzia che: “... si è consumato il processo di riduzione della nozione di causa violenta alle mere condizioni lavorative abituali, e di interiorizzazione della stessa.

La fattispecie odierna presenta un carattere di alterità, come nella nozione originaria di causa violenta. Al riguardo si deve notare che l'alterità, o esteriorità, si può atteggiare in due maniere diverse. Dal catalogo delle attività protette di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, art. 1, la dottrina ha derivato un elenco scolastico di cause violente, distinguendole in: a) cause da energia meccanica; b) cause da energia elettrica od elettromagnetica; c) cause da energia atomica e nucleare; d) cause da energia termica; e) cause da sostanze tossiche; f) cause di natura microbica e virale; g) cause di natura psichica.

Come risulta da tale elenco, alcune cause comportano un rapporto binomio, diretto e personale tra fattore causale e persona del lavoratore (ad es. macchina operatrice, oggetto da sollevare nello sforzo), altre sono di carattere diffusivo, ambientale (ad es. energia elettrica, nucleare, termica, sostanze tossiche).

Un agente lesivo, presente nell'ambiente di lavoro in modo esclusivo o in misura significativamente superiore che nell'ambiente esterno, il quale produca un abbassamento delle difese immunitarie, rientra nella nozione attuale di causa violenta. Dal suo meccanismo d'azione, se rapido e concentrato, oppure lento, deriva poi la collocazione dell'evento tra gli infortuni sul lavoro o le malattie professionali”.

Sempre ad avviso della Suprema Corte (ex multis Cass. 12.5.2005, n. 9968; Cass. 19.1.2005, n. 977; Cass. 28.10.2004, n. 20941; Cass. 26.4.2004, n. 7808; Trib. Milano 13.4.2022; Trib. Milano, 11.2.2022;) costituisce causa violenta anche l'azione di fattori microbici o virali che, penetrando nell'organismo umano, ne determinino l'alterazione dell'equilibrio anatomico - fisiologico; ciò anche se i suoi effetti si manifestino dopo un certo tempo e in difetto di una specifica causa violenta alla base dell'infezione. Parte convenuta, richiamando autorevole dottrina, non solo esclude che la riconducibilità, affermata dalla giurisprudenza, delle ipotesi di infezione da contagio da fattori microbici o virali alla nozione di infortunio possa costituire oggetto di un uso negoziale volto a integrare il contenuto del contratto secondo il disposto ex art. 1374 cod.civ. o di una pratica generale interpretativa ex art. 1368 cod.civ., quale criterio ermeneutico della portata precettiva del contratto, ma, anzi,

sostiene che detta riconducibilità è esclusa dalle condizioni generali dei contratti di assicurazione contro gli infortuni, le quali da epoca risalente e in modo omogeneo definiscono infortunio (ancora evidenziazione dello scrivente) "l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili" e malattia "ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio".

L'assunto non appare convincente, considerando che la definizione di infortunio contenuta nelle condizioni generali dei contratti di assicurazione contro gli infortuni e appena ricordata coincide pressoché integralmente con quella giurisprudenziale di causa violenta (come già ricordato, la causa è violenta se, oltre a operare dall'esterno, agisce con rapidità ed intensità, in un brevissimo arco temporale, o comunque in una minima misura temporale) che caratterizza la fattispecie di infortunio delineata dall'art. 2 d.P.R. 1124/1965, il quale rappresenta il substrato normativo, su cui si è formato l'orientamento della Suprema Corte che considera causa violenta integrante un infortunio anche l'azione di fattori microbici o virali che, penetrando nell'organismo umano, ne determinino l'alterazione dell'equilibrio anatomico-fisiologico. Parte convenuta, richiamando la stessa dottrina, sostiene l'irrelevanza di questo orientamento ai fini dell'interpretazione di contratti privati di assicurazione contro gli infortuni. Infatti, a suo dire, il principio espresso in quell'orientamento "ha una genesi e una storia peculiare. Sino al 1988, come noto, il lavoratore che avesse contratto una malattia professionale aveva diritto all'indennizzo da parte dell'Inail solo se la malattia da cui era affetto rientrava nell'elenco normativamente previsto.

In quell'epoca, dunque, stabilire se il lavoratore avesse patito un infortunio o una malattia era decisivo ai fini dell'indennizzo. Gli infortuni erano indennizzabili; le malattie non tabellate, no. Di fronte a questo sbarramento normativo la giurisprudenza adottò la tecnica dell'aggiramento: al fine di apprestare tutela al lavoratore, ed evitare uno sbarramento oggettivamente iniquo, inventò il principio sopra trascritto, secondo cui il contagio sarebbe un "infortunio sul lavoro".

Poi, nel 1988, la Corte costituzionale dichiarò illegittimo l'art. 38, comma 2, d.p.r. 1124/65, nella parte in cui non prevedeva che l'assicurazione contro le malattie professionali fosse obbligatoria anche per malattie diverse da quelle comprese nelle tabelle allegate al testo unico (Corte cost. 18 febbraio, n. 179...). Fu la fine della storia: era divenuto ormai in gran parte inutile accapigliarsi a stabilire se il danno subito dal lavoratore fosse dovuto ad una malattia o ad un infortunio.

Poiché, tuttavia, nel 1988 ancora pendevano processi iniziati prima della pronuncia della Corte costituzionale, la Corte di cassazione continuò a ribadire - formalmente - il vecchio principio secondo cui il contagio infettivo è un "infortunio" e non una malattia.

Ma era ormai un escamotage divenuto inutile...".

Anche questi assunti non appaiono persuasivi.

Infatti trascurano che, come ha rilevato autorevole letteratura medico-legale:

"Il tema medico legale relativo ai contratti privati contro gli infortuni è relativamente recente e non vi è alcun dubbio che le sue radici concettuali e teoriche siano storicamente e concettualmente fondate sulla ben più ampia esperienza della tutela assicurativo-sociale degli Infortuni sul lavoro...

I concetti di "accidentalità lesiva", di "violenza causale", di "esteriorità causale", prima che nell'ambito assicurativo privato (che li ha mutuati), sono stati oggetto ampio di studio, di apporto medico giuridico, di analisi dottrinale e di fondamento applicativo della Medicina Legale nel più ampio ed antico settore della protezione assicurativa collettiva degli infortuni lavorativi... La riprova dell'intima connessione tra tessuto normativo ed elaborazione concettuale sulla tutela sociale degli infortuni sul lavoro e i modelli dei contratti assicurativi privati contro gli infortuni risiede nel fatto che tutte le acquisizioni analitiche e definitorie elaborate dall'analisi medico forense in tema di "infortunio" (modulate su precisi testi normativi) si sono riversate, quasi fisiologicamente, nel settore assicurativo privato e, nella

concretezza della disamina medico legale, sono state applicate sistematicamente all'interpretazione degli stessi principi, corrispondenti ai medesimi concetti espressi nell'ambito dell'assicurazione libera. E di ciò è ulteriore conferma tutta la trattatistica Medico Legale accademica (italiana e straniera) degli ultimi cinquant'anni...".

In ordine al concetto di causa violenta, già intorno agli anni Venti del '900 un insigne accademico in medicina legale riteneva che: "siffatta capacità si riscontra anche in azioni che nella loro manifestazione esteriore non hanno nulla di grandioso, di grossolano, di brutale, tanto che talvolta sfugge persino il momento in cui esse investono l'organismo. Un tossico che penetrando nell'organismo in quantità minima, alla dose di pochi mgr. è capace di determinare la morte; un virus che, superate le difese poste da natura alla superficie di contatto del corpo con l'ambiente, suscita imponenti fenomeni morbosi, sono evidentemente agenti lesivi altrettanto, se non più, violenti di un trauma che discontinua o attrita i nostri tessuti: eppure nell'avvenimento per cui il tossico, il virus, giungono ad esplicare la loro azione sull'organismo non v'ha nulla di grossolanamente elettivo, nulla di violento nel significato volgare di tale aggettivo".

In proposito si è evidenziato che: "Si tratta di analisi scientifiche molto ampie e profonde, propriamente e specificamente medico legali, che riassumono in termini inconfutabili acquisizioni della dottrina che non solo hanno informato tutti gli sviluppi successivi ed anche attualmente ne rappresentano il fondamento, ma che, ed è bene ricordarlo, hanno rappresentato il contorno tecnico e contenutistico sul quale si sono modulate anche le formulazioni dei contratti privati contro gli infortuni dal momento della loro realizzazione e della loro diffusione in Italia ed in Europa. Risulta dunque inequivocabile che la dottrina medico legale abbia costantemente considerato un'infezione virale o batterica, sulla cui trasmissione vi sia nozione delle modalità di contagio anche ambientale, ovvero non mediato da energie meccanica, un infortunio a tutti gli effetti, dotato delle caratteristiche della accidentalità, della violenza e dell'esteriorità causali".

Quindi la Suprema Corte – allorché iniziò a statuire che costituisce causa violenta e integra la fattispecie di infortunio anche l'azione di fattori microbici o virali che, penetrando nell'organismo umano, ne determinino l'alterazione dell'equilibrio anatomico - fisiologico – non ha affatto "inventato", come sostenuto dalla dottrina richiamata dalla convenuta, il principio secondo cui il contagio sarebbe un "infortunio sul lavoro", ma si è attenuta al "tessuto scientifico e culturale derivante dalla cultura medico legale".

Per le stesse ragioni non appare condivisibile l'orientamento espresso dal Tribunale di Pesaro nella sentenza del 15.6.2021, dove vi è un richiamo al "comune sentire", secondo cui l'"infezione da COVID 19 è una malattia, mentre vengono trascurati i risultati cui è pervenuta la letteratura medico-legale e che la giurisprudenza della Suprema Corte ha recepito. Invece quei risultati vengono presi in considerazione dalla più recente Tribunale Torino 19.1.2022, V.S. versus I.I.T. società M.A., la quale ha evidenziato che l'infezione da COVID 19 è determinata da causa violenta in quanto "il contatto non è dilatato nel tempo" e "determina uno stravolgimento violento delle regole naturali della vita di un organismo che si trovi in situazione normale. Così come "violenta" sarebbe, ad esempio, la ferita provocata dalla caduta di un mattone sulla testa di una persona, allo stesso modo ben può dirsi violenta l'infezione di cui qui si discute, con un'alterazione dello stato normale di intere parti dell'organismo (in particolare dell'apparato respiratorio), al punto da causare gravissime sofferenze e, alla fine, addirittura la morte del soggetto interessato". La stessa pronuncia ha condivisibilmente osservato che, nel caso residuassero ulteriori dubbi, verrebbe in soccorso dell'assicurato l'art. 1370 cod.civ., alla luce della consolidata giurisprudenza di legittimità (Cass.5.6.2020, n. 10825; Cass. 18.1.2016, n. 668; Cass. 17.1.2008, n. 866;), secondo cui le clausole di polizza, che delimitino il rischio assicurato, ove inserite in condizioni generali su modulo predisposto dall'assicuratore, sono soggette al criterio ermeneutico posto dall'art. 1370 cod. civ., e, pertanto, nel dubbio, devono essere intese in

senso sfavorevole all'assicuratore medesimo. In proposito, nelle note finali autorizzate (pag. 32), parte convenuta evidenzia di non essere l'autrice della polizza, la quale è stata predisposta da ENPAM e la compagnia si è limitata a partecipare al bando per l'aggiudicazione. Occorre, però replicare che la società convenuta ha fatto proprio il contenuto della polizza e la controversia in esame non concerne i contraenti, ma il terzo in favore del quale la polizza è stata stipulata e che, quindi, può avvalersi del criterio ermeneutico ex art. 1370 cod.civ. nei confronti di entrambi i contraenti quali comuni artefici del regolamento negoziale. Parte convenuta ritiene che dalla clausola, secondo cui "sono considerati infortuni compresi nell'assicurazione... f) le conseguenze delle infezioni nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti, esclusa comunque la malaria", è desumibile che le infezioni sono incluse nell'oggetto dell'assicurazione solo "qualora ricorra una lesione esterna traumatica". In realtà la clausola sembra prendere in considerazione soltanto le ipotesi in cui le infezioni derivano da lesioni esterne traumatiche e non anche quelle che si realizzano senza tali lesioni. In proposito occorre considerare che le condizioni generali di assicurazione, le quali intendono escludere dalla copertura tutti i casi di contagi, ricorrono

Firmato Da: GIORGIO FLAIM Emesso Da: ARUBAPEC EU QUALIFIED CERTIFICATES CA G1 Serial#: 5f242a5947d779de

Sentenza n. 102/2022 pubbl. il 30/08/2022 RG n. 141/2021 pagina 20 di 22 a clausole di diverso tenore quali: "L'assicurazione è valida per infezioni e malattie solo se conseguenti a morsi di animali e punture di insetti o punture vegetali"; "L'assicurazione copre solo le infezioni derivanti in forma diretta ed esclusiva da infortuni".

Permane, quindi, un apprezzabile dubbio interpretativo che non può non essere risolto, ai sensi dell'art. 1370 cod.civ., a favore dell'assicurato.

d) Parte convenuta rileva che il ricorrente, presentando la denuncia del sinistro solo in data 13.10.2022 (doc. 8 fasc. ric.), avrebbe violato la prescrizione ex art. 2 co.1 delle "Garanzie sezione infortuni comuni ai tutti i settori", secondo cui: "La denuncia dell'infortunio, - con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato - corredata di referto del pronto soccorso del medico che ha prestato il primo soccorso, deve essere fatta entro 30 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente l'Assicurato deve inviare, sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni".

Tuttavia appare evidente, sia dalla collocazione della norma all'interno del capo "I. INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO DELL'ASSICURATO", sia dalla mancanza di specificazioni nel testo (presenti nel successivo comma, su cui infra), sia dal contenuto del suo ultimo periodo, palesemente riferito all'assicurato guarito e, quindi, sopravvissuto all'infortunio, che detta norma non concerne la fattispecie in cui dall'infortunio sia conseguita la morte dell'assicurato. In questa ipotesi trova applicazione la previsione contenuta nel secondo comma dello stesso art. 2, per cui: "Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società".

In ogni caso, le conseguenze sono quelle previste dall'ultimo comma sempre del medesimo art. 2, il quale dispone: "Se non viene adempiuto intenzionalmente all'obbligo della denuncia ed agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'Assicurato ed i suoi aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto".

Orbene, in disparte che la norma, almeno stando al tenore letterale sembra riferirsi all'ipotesi di omissione della denuncia e non anche a quella del mancato rispetto del termine, la società convenuta non ha allegato circostanze idonee a comprovare inadempimenti intenzionali (elemento costitutivo dell'ipotesi dolosa) o pregiudizi sofferti (elemento costitutivo dell'ipotesi colposa). In definitiva la domanda proposta dal ricorrente merito accoglimento.

Quindi le società convenute SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE s.p.a. e AVIVA ITALIA s.p.a. vanno condannate alla corresponsione, in favore del ricorrente T. M., della somma di € 125.000,00, a titolo di indennizzo in relazione alla morte di T. Gaetana avvenuta in data 30.3.2020; tale somma va maggiorata ex art.429 co.3 cod.proc.civ. (con gli interessi legali dovuti sul capitale via via rivalutato ogni fine anno secondo quanto stabilito in Cass. S.U. 29.1.2001, n.38), norma "risuscitata" dalla dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'art. 22 co.36 L.23.12.1994, n.724 (Corte Cost.2.11.2000, n.459;).

Le spese seguono la soccombenza. P.Q.M. Il tribunale ordinario di Trento - sezione per le controversie di lavoro, in persona del giudice istruttore, in funzione di giudice unico, dott. Giorgio Flaim, definitivamente pronunciando, ogni altra domanda ed eccezione rigettata, così decide:

1. Rigetta l'eccezione, sollevata dalla società convenuta SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE s.p.a., di "incompetenza funzionale del giudice del lavoro adito" (rectius di erroneità del rito del lavoro prescelto dal ricorrente).
2. Rigetta l'eccezione, sollevata dalla società convenuta SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE s.p.a., di difetto di legittimazione passiva (sostanziale) del ricorrente.
3. Condanna le società convenute SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE s.p.a. e AVIVA ITALIA s.p.a. alla corresponsione, in favore del ricorrente T. M., della somma di € 125.000,00, a titolo di indennizzo in relazione alla morte di T. Gaetana avvenuta in data 30.3.2020, con il maggior danno da svalutazione liquidato sulla base della variazione percentuale degli indici ISTAT, intervenuta dalla data di maturazione del credito (15.11.2020) fino ad oggi, e con gli interessi legali computati sulla somma così rivalutata e decorrenti dallo stesso termine a quo fino al saldo.
4. Condanna le società convenute alla rifusione, in favore del ricorrente, delle spese di giudizio, liquidate nella somma complessiva di € 18.000,00, maggiorata del 15% per spese forfettarie ex art. 2 co.2 d.m. 10.3.2014, n. 55, oltre ad IVA e CNPA