

## **Intestazione**

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

SEZIONE TERZA CIVILE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. FRASCA Raffaele Gaetano A.	Presidente
Dott. CIRILLO Francesco Maria	Consigliere
Dott. IANNELLO Emilio	Consigliere
Dott. TASSONE Stefania	Consigliere
Dott. SPAZIANI Paolo	rel. Consigliere

ha pronunciato la seguente:

### **ORDINANZA**

sul ricorso iscritto al n. 01435/2020 R.G. proposto da:

A. s.r.l., in persona dell'amministratore unico e legale rappresentante, A.L.; elettivamente domiciliata in Roma, Via delle Milizie n. 2, presso lo Studio dell'Avv. Gianluigi Malandrino, (gianluigimalandrino(at)ordineavvocatiroma.org), che la rappresenta e difende, unitamente all'Avv. Paolo Martinello(paolo.martinello(at)milano.pecavvocati.it), in virtù di procura allegata al ricorso;

- ricorrente -

nei confronti di

SACE BT s.p.a., in persona dei procuratori speciali N.A. e M.A.; elettivamente domiciliata in Roma, Via degli Scipioni n. 268-A, presso lo Studio dell'Avv. Marco Filesi (marcofilesi(at)ordineavvocatiroma.org), che la rappresenta e difende, in virtù di procura in calce al controricorso;

-controricorrente-

per la cassazione della sentenza n. 5262/2019 della CORTE d'APPELLO di ROMA, pubblicata il 5 agosto 2019, notificata il 7 novembre 2019; udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio dell'11 ottobre 2023 dal Consigliere Paolo Spaziani.

### **Fatto**

#### FATTI DI CAUSA

1. La A. s.r.l. convenne in giudizio, dinanzi al Tribunale di Roma, la Sace BT s.p.a., deducendo che:

- aveva stipulato con la convenuta una polizza per l'assicurazione contro i rischi del credito commerciale con validità dal 1 luglio 2011 al 31 dicembre 2012;

- la copertura assicurativa concerneva la perdita totale o parziale dei crediti per l'insolvenza dei propri clienti in ordine alle fatture con pagamento dilazionato emesse nel corso dei 18 mesi di durata del contratto;

- il premio complessivo concordato era variabile, in quanto il premio minimo (stabilito in Euro 51.030,00) era soggetto a "conguaglio" periodico sulla base dell'entità del "fatturato assicurabile", corrispondente "all'importo totale delle vendite con pagamento dilazionato fatturate ai clienti", che l'assicurato era tenuto a comunicare all'assicuratore al termine di ciascun periodo di riferimento;

- in adempimento di questo obbligo, essa aveva proceduto alla notifica annuale del fatturato alla Sace BT s.p.a. (calcolandolo nella complessiva somma di Euro 14.934.544,08), previa detrazione delle fatture relative ai c.d. "clienti declinati" (per l'importo di Euro 84.016,31) e, soprattutto, delle fatture con dicitura "Rimessa Diretta", pagate in contanti al momento dell'emissione (per l'importo di Euro 503.736,86), per le quali, mancando la previsione del pagamento dilazionato, non sussisteva il rischio di insolvenza del cliente e che, pertanto, restando il relativo credito al di fuori della copertura assicurativa, non potevano concorrere a formare il fatturato assicurabile, ai fini della determinazione del premio;
- il "conguaglio" del premio era stato dunque da essa calcolato in Euro 16.175,45 ed era stato versato alla Sace BT s.p.a. mezzo di bonifico bancario in data 9 febbraio 2012;
- nei mesi successivi a questa data (tra il marzo e il luglio 2012), a seguito del mancato pagamento, da parte di taluni clienti, di fatture emesse nel periodo di durata della polizza, aveva chiesto alla società assicuratrice la liquidazione del relativo indennizzo, per l'importo complessivo di Euro 220.571,25;
- la Sace BT s.p.a. aveva però eccepito l'avvenuta sua decadenza dal diritto di percepire l'indennizzo, ai sensi dell'art. 9.1. delle condizioni di polizza, in ragione del presunto inesatto adempimento all'obbligo di notifica del fatturato assicurabile, per essere state detratte dal calcolo fatture che avrebbero dovuto esservi ricomprese, con conseguente indebita riduzione del "conguaglio" del premio assicurativo;

Sulla base di queste deduzioni - ed assumendo in diritto la legittimità della detrazione delle fatture con dicitura "Rimessa Diretta" dal calcolo del fatturato assicurabile, in quanto pagate in contanti al momento dell'emissione - la A. s.r.l. domandò che, in termini generali, fosse dichiarata l'insussistenza della sua decadenza dal diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 9.1. delle condizioni generali di contratto, indebitamente eccepita dalla società assicuratrice e che, per l'effetto, in particolare, fosse accertato il suo diritto ad essere indennizzata per i sinistri dedotti in forza della polizza stipulata, con condanna della convenuta a corrisponderle la complessiva somma di Euro 220.571,25.

La Sace BT s.p.a., costituitasi in giudizio, non solo resiste' alle domande proposte dalla A. s.r.l., ma chiese, in via riconvenzionale, oltre alla declaratoria della risoluzione del contratto di assicurazione ex art. 1456 c.c. con decadenza della società attrice dal diritto all'indennizzo, ex art. 9.1 delle condizioni di polizza, la sua condanna al pagamento della somma di Euro 2.301,01, pari al supplemento di premio dovuto a seguito dell'inserimento, nel calcolo del fatturato assicurabile, delle fatture indebitamente detratte.

Il Tribunale di Roma rigettò la domanda principale e accolse quasi integralmente (salvo che per la parte relativa alla detrazione delle fatture relative ai clienti con massimali declinati, reputata legittima) la domanda riconvenzionale, dichiarando la risoluzione del contratto, con decadenza della A. s.r.l. dal diritto all'indennizzo, e condannandola a corrispondere alla Sace BT s.p.a. la somma di Euro 2.015,01 a titolo di supplemento di premio sull'importo di Euro 503,736,86, illegittimamente detratto dall'ammontare del fatturato assicurabile.

2. La Corte d'appello di Roma ha rigettato l'impugnazione della A. s.r.l. e ha integralmente confermato la decisione del Tribunale, sulla base dei seguenti rilievi:

- anzitutto sussisteva l'inesatto adempimento della A. s.r.l. all'obbligazione di comunicare il complessivo ammontare del "fatturato assicurabile" ai fini della determinazione del premio, per indebita detrazione da esso dell'importo corrispondente alle fatture con dicitura "Rimessa Diretta"; ciò in quanto, per un verso, l'art. 2.2. delle condizioni di polizza prevedeva il principio di globalità, il quale, se, da un lato, comportava l'estensione della copertura assicurativa alla globalità delle vendite con pagamento dilazionato fatturate nel periodo di validità della polizza, dall'altro lato, trovava la sua ratio nel meccanismo di determinazione del premio dovuto dall'assicurato, costituito da una parte minima fissa e da un'altra determinabile sulla base di elementi variabili che dovevano essere comunicati dall'assicurato; per altro verso, andava confermata l'interpretazione dell'Appendice n. 8, apposta al contratto assicurativo, già fornita dal primo giudice, secondo la quale tutte le fatture con dicitura "Rimessa Diretta" dovevano considerarsi come aventi dilazione di pagamento di 120 giorni dalla data di emissione e quindi dovevano ritenersi comprese nel fatturato assicurato; in proposito la diversa interpretazione prospettata dalla società attrice, secondo cui dal calcolo del fatturato notificato avrebbero dovuto detrarsi le fatture a rimessa diretta asseritamente pagate in contanti, non poteva essere condivisa, sia perché non trovava riscontro nel dato letterale, sia perché era contraria al richiamato principio di globalità;

- accertato l'inadempimento della A. s.r.l., quanto agli effetti di esso, da un lato, doveva prendersi atto della rilevanza dell'obbligazione della società assicurata rimasta inadempita, ovvero sia della obbligazione (accessoria rispetto a quella di pagamento del premio) di comunicazione di tutti gli elementi atti ad incidere sul rischio assicurato, il cui inadempimento giustificava la risoluzione del contratto; dall'altro lato, doveva rilevarsi che l'art. 9 delle condizioni generali di polizza prevedeva una clausola risolutiva espressa per l'inadempimento della predetta obbligazione, il che escludeva la necessità di valutarne in concreto la gravità.

3. Propone ricorso per cassazione la A. s.r.l. sulla base di tre motivi.

Risponde con controricorso la Sace BT s.p.a..

Il ricorso, originariamente fissato per la trattazione all'adunanza camerale del 19 aprile 2023 (in vista della quale le parti avevano depositato memorie), è stato tolto dal ruolo di quell'adunanza con provvedimento del Presidente Titolare di questa Sezione, con conseguente fissazione della successiva adunanza dell'11 ottobre 2023, in vista della quale le parti hanno depositato ulteriori memorie, mentre non sono state depositate conclusioni scritte dal Procuratore Generale presso la Corte.

### **Diritto**

#### **RAGIONI DELLA DECISIONE**

1. Con il primo motivo ("violazione e falsa applicazione degli artt. 1325,1418, e 1895 c.c., nonché degli artt. 1362, commi 1 e 2, 1363, 1366, 1367, 1369, 1370 e 1371, in relazione al disposto dell'art. 360, comma I, n. 3, c.p.c., con riferimento all'oggetto e alle condizioni di polizza credito e alla sua Appendice 8"), la sentenza d'appello è censurata per aver ritenuto sussistente l'inadempimento della A. s.r.l. all'obbligazione di comunicazione del fatturato assicurabile, in seguito alla (ritenuta) indebita detrazione dal suo complessivo ammontare della somma di Euro 503.736,86, corrispondente alle fatture recanti la dicitura "Rimessa Diretta", asseritamente pagate in contanti all'atto della emissione.

L'articolato motivo si specifica in cinque sub-motivi.

1.a. Con il primo sub-motivo ("violazione e falsa applicazione degli artt. 1325,1418, e 1895 c.c., nonché dell'art. 1362, comma 1 c.c., in relazione al "principio di globalità" e all'oggetto della polizza credito"), viene censurata l'erronea interpretazione, da parte della Corte d'appello, dell'art. 2.2. delle condizioni generali di polizza, concernente il c.d. principio di globalità.

La ricorrente deduce che, poiché questa clausola prevedeva testualmente l'applicazione della copertura assicurativa alla globalità delle vendite con pagamento dilazionato, il giudice del merito avrebbe dovuto trarre dalla sua interpretazione letterale l'implicazione che le fatture pagate in contanti al momento dell'emissione esulavano dalla predetta copertura e non dovevano essere pertanto computate nel "fatturato assicurabile".

La medesima implicazione la Corte di appello avrebbe inoltre dovuto trarre dal rilievo di carattere generale che in ordine alle fatture immediatamente pagate all'atto dell'emissione non sussisteva il rischio di inadempimento, sicché esse non potevano che restare estranee all'oggetto del contratto di assicurazione, pena la nullità dello stesso per difetto di causa.

1.b. Con il secondo sub-motivo del primo motivo ("violazione e falsa applicazione degli artt. 1325,1418 e 1895 c.c., nonché dell'art. 1362 comma 1 c.c., in relazione alle ulteriori condizioni contrattuali relative al "fatturato assicurabile")), la ricorrente oltre a ribadire la necessità di ritenere che l'oggetto della polizza fosse circoscritto alle fatture che prevedevano un pagamento dilazionato (le sole rispetto alle quali avrebbe potuto prefigurarsi un rischio di insolvenza o di inadempimento a suo carico) - lamenta che la Corte d'appello non abbia tenuto conto, sotto il profilo letterale, delle ulteriori clausole contrattuali, oltre quella di cui al richiamato art. 2.2.

Evidenzia, al riguardo, precisamente, che l'esclusione dalla copertura assicurativa e, quindi, dal fatturato assicurabile delle fatture pagate dai clienti all'atto dell'emissione sarebbe emersa anche dagli artt. 1 e 2.1. della polizza, aventi ad oggetto, rispettivamente, le "Definizioni" e i "Contratti assicurati": il primo, infatti, oltre a far riferimento in più punti alla necessità di uno scollamento temporale tra la fornitura di beni o la prestazione di servizi operate dall'assicurato ai propri clienti e il pagamento da parte di questi ultimi, conteneva anche la definizione del "fatturato assicurabile" come "l'importo totale delle vendite con pagamento dilazionato fatturate ai propri clienti"; il secondo prevedeva, tra l'altro, che i termini di pagamento fossero riportati nelle fatture.

1.c. Con il terzo sub-motivo del primo motivo ("violazione e falsa applicazione degli artt. 1325,1418 e 1895 c.c., nonché dell'art. 1362 comma 1 e 1363 c.c., in relazione alla Appendice n. 8 alla Polizza (termine convenzionale di pagamento in presenza della dicitura "rimessa diretta" sulla fattura)), viene censurata l'erronea interpretazione dell'Appendice 8, già fornita dal giudice di primo grado e confermata dal giudice d'appello, in forza della quale sarebbero rientrate nell'oggetto dell'assicurazione anche le fatture pagate in contanti all'atto dell'emissione, sol perché recanti la dicitura "Rimessa Diretta".

Questa interpretazione, apparentemente aderente al dato letterale della clausola, sarebbe stata invece illogica e anti-giuridica, poiché, oltre a non tener conto della circostanza che in ordine alle fatture pagate immediatamente non sussisteva il necessario rischio contrattuale, sarebbe stata anche in contrasto sia con l'art. 1362 c.c., comma 1 (che impone di indagare la comune intenzione delle parti), sia con l'art. 1363 c.c. (sulla necessità di interpretare le singole clausole per mezzo delle altre presenti nel contratto).

Ove l'operazione esegetica fosse stata condotta correttamente (interpretando l'Appendice 8 alla luce dei citati artt. 1 e 2.1. delle condizioni generali del contratto), sarebbe risultato che la prima era esclusivamente finalizzata a stabilire una scadenza convenzionale del pagamento (a 120 giorni), qualora la scadenza medesima non fosse stata indicata in fattura, con riguardo alle sole fatture a "Rimessa Diretta" per le quali fosse stata concessa una dilazione di pagamento.

1.d. Con il quarto sub-motivo del primo motivo ("violazione e falsa applicazione degli artt. 1325,1418 e 1895 c.c., nonché dell'art. 1362 comma 1 c.c., in relazione alle condizioni contrattuali relative alla revisione annuale del premio"), la ricorrente lamenta che la Corte d'appello non abbia tenuto conto delle clausole contrattuali relative alla revisione annuale del premio, ed in particolare dell'art. 7.1. della polizza, che poneva a carico dell'assicurato l'obbligo periodico di comunicare all'assicuratore il fatturato assicurabile, a mezzo dell'apposito "Modulo di Notifica" predisposto dalla stessa società assicuratrice.

Questo modulo, infatti, prevedeva che dal fatturato complessivo fossero detratte una serie di fatture escluse dalla copertura assicurativa, tra cui, espressamente, le "fatture con pagamento in contanti o assegno circolare (es. Rimesse Dirette)".

1.e. Con il quinto sub-motivo del primo motivo ("violazione e falsa applicazione degli artt. 1325,1418, e 1895 c.c., nonché degli artt. 1362, comma 2, 1367,1369,1370, e 1371, in relazione alle condizioni contrattuali relative alla revisione annuale del premio"), la sentenza impugnata è censurata per non avere fatto applicazione degli ulteriori criteri interpretativi del contratto, quantunque dedotti dalla società assicurata nel giudizio di merito.

In particolare, la ricorrente lamenta: la mancata considerazione, ex art. 1362, comma 2, c.c., del comportamento complessivo delle parti posteriore alla conclusione del contratto, atteso che la Sace BT s.p.a., in data 15 giugno 2012 (dopo oltre quattro mesi dalla notifica del fatturato assicurabile), le aveva puntualmente liquidato l'indennizzo relativo ad un sinistro verificatosi nel periodo di durata della polizza, mentre aveva contestato le presunte irregolarità nella detrazione delle fatture a "Rimessa Diretta" solo con missiva del successivo 12 ottobre 2012; la mancata applicazione del criterio di conservazione del contratto, ex art. 1367 c.c., dovendosi considerare priva di causa, e pertanto nulla, l'Appendice 8, con riferimento alle fatture pagate all'atto dell'emissione, per le quali non sarebbe sussistito il rischio contrattuale assicurativo; l'omessa attribuzione alla clausola in questione, ai sensi dell'art. 1369 c.c., del senso più conveniente alla natura e all'oggetto del contratto; l'omessa applicazione del criterio contra stipulatorem, ex art. 1370 c.c., che avrebbe dovuto essere osservato in ragione della circostanza che il contratto di assicurazione era stato concluso su modulo unilateralmente predisposto dalla società convenuta; infine, la mancata operazione di equo contemperamento degli interessi delle parti, da compiersi ai sensi dell'art. 1371 c.c..

1.1. L'articolato primo motivo di ricorso è inammissibile con riguardo a tutte le censure in cui si articola, in quanto esse si traducono, complessivamente, nella non consentita critica dell'interpretazione compiuta dal giudice del merito del contratto di assicurazione concluso tra la A. s.r.l. e la Sace BT s.p.a..

1.1.a. Secondo il pacifico e consolidato orientamento di questa Corte, l'interpretazione del contratto, traducendosi in un'operazione di ricerca ed individuazione della comune volontà dei contraenti, costituisce un accertamento di fatto, riservato al giudice di merito, non sindacabile in sede di legittimità se non per violazione delle regole ermeneutiche (ai sensi dell'art. 360 c.p.c., n. 3), oppure per inadeguatezza di motivazione (ai sensi dell'art. 360 c.p.c., n. 5, nella formulazione antecedente alla novella di cui al D.L. n. 83 del 2012, ove applicabile), oppure, ancora, nel vigore del novellato testo di detta norma, per omesso esame di un fatto decisivo e oggetto di discussione tra le parti (Cass. 14/07/2016, n. 14355; v. anche, tra le altre, Cass. 22/06/2005, n. 13399; di recente, cfr. Cass. 28/09/2023, n. 27573).

Quale che sia la censura in concreto formulata, nessuna di esse può peraltro risolversi in una critica del risultato esegetico raggiunto dal giudice del merito, che si sostanzia nella mera contrapposizione di una differente interpretazione atteso che, per sottrarsi al sindacato di legittimità, l'interpretazione data al contratto dal giudice del merito non deve essere l'unica possibile, né la migliore in astratto, ma una delle possibili, e plausibili, interpretazioni (Cass. 02/05/2006, n. 10131; Cass.20/11/2009, n. 24539; Cass. 15/11/2017, n. 27136; Cass. 28/11/2017, n. 28319).

1.1.b. Nel caso di specie, il giudice d'appello, reputando corretta l'interpretazione già offerta dal giudice di prime cure e ribadendo il giudizio da quello formulato, ha anzitutto rilevato che l'art. 2.2. delle condizioni generali di contratto, nello stabilire che la copertura assicurativa si applicava alla globalità delle vendite con pagamento dilazionato fatturate nel periodo di validità della polizza, fissava il c.d. principio di globalità; e ha osservato, in secondo luogo, che tale principio trovava fondamento nel meccanismo di determinazione del premio, il quale non era fisso ma variava in funzione della variazione del fatturato assicurabile, che la società assicurata doveva periodicamente notificare alla società assicuratrice e il cui ammontare corrispondeva all'importo totale delle vendite con pagamento dilazionato fatturate ai clienti (art. 1 delle condizioni generali di polizza).

Ciò posto, avuto riguardo alle previsioni dell'Appendice 8, apposta alla polizza assicurativa (secondo cui tutte le fatture con dicitura "Rimessa Diretta" avrebbero dovuto convenzionalmente considerarsi come aventi dilazione di pagamento di 120 giorni fine mese dalla data di emissione), il giudice del merito ha concluso che anche queste fatture avrebbero dovuto essere computate ai fini della determinazione del fatturato assicurabile ed ha conseguentemente giudicato inadempiente il contegno dell' A. s.r.l. che aveva, al contrario, detratto dal fatturato comunicato alla Sace BT s.p.a le fatture contenenti la dicitura "Rimessa Diretta" per un importo pari ad Euro 503.736,86, sull'assunto che esse sarebbero state pagate in contanti all'atto dell'emissione, senza tener conto della convenzione intercorsa tra le parti.

1.1.c. L'interpretazione della Appendice 8 fornita dal giudice del merito appare plausibile (se non decisamente corretta), atteso che la diversa interpretazione prospettata dalla società ricorrente non solo si pone in contrasto con il tenore letterale della clausola, ma urta anche con il principio di ragionevolezza.

Sotto il primo profilo, va infatti evidenziato che la clausola contrattuale non distingueva, all'interno delle fatture a "Rimessa Diretta", quelle per le quali fosse stata concessa una dilazione di pagamento, peraltro con scadenza non indicata in fattura (rispetto alle quali avrebbe operato la previsione convenzionale della scadenza a 120 giorni), da quelle per le quali fosse stato effettuato il pagamento al momento stesso dell'emissione; la previsione negoziale era, invece, nel senso di prevedere che con riguardo a tutte le fatture con dicitura "Rimessa Diretta" era stabilita convenzionalmente la dilazione di pagamento, con la conseguenza che tutte le vendite così fatturate rientravano nella previsione dell'art. 1 delle condizioni generali di polizza, quali fatture concorrenti alla formazione dell'ammontare del fatturato assicurabile ai fini della determinazione del premio.

Sotto il secondo profilo (con riguardo al carattere irragionevole del risultato esegetico cui avrebbe condotto la diversa interpretazione prospettata dalla società ricorrente), deve poi rilevarsi che quest'ultima interpretazione sarebbe stata d'ostacolo tanto alla possibilità di apprezzamento, sul piano processuale, dell'adempimento dell'obbligo di comunicare il fatturato, in mancanza di un criterio certo per distinguere, al di là delle personali deduzioni della società assicurata, le fatture a rimessa diretta con dilazione di pagamento a scadenza non indicata (da considerare nel computo del fatturato assicurabile) da quelle pure a rimessa diretta saldate in contanti all'atto dell'emissione (da detrarre dal computo medesimo), quanto alla possibilità di ancorare a criteri obiettivi, sul piano sostanziale, l'operatività del principio di globalità.

1.1.d. La plausibilità dell'interpretazione del contratto fornita dal giudice del merito non è poi messa in forse né dalla causa del contratto di assicurazione contro i rischi del credito commerciale (quale contratto che può avere ad oggetto le sole operazioni di vendita o di fornitura di beni o di prestazione di servizi per le quali sia prefigurabile un rischio di insolvenza o di inadempimento a carico dell'assicurato), né dalla considerazione delle ulteriori condizioni contrattuali relative al fatturato assicurabile e alla revisione annuale del premio.

La necessità della sussistenza del rischio ai fini della validità del contratto di assicurazione (arg. ex art. 1895 c.c.) costituiva, nella fattispecie in esame, il fondamento delle previsioni che circoscrivevano la copertura assicurativa (art. 2.2.) e, correlativamente, limitavano l'ammontare del fatturato assicurabile (art. 1) alle vendite con pagamento dilazionato; tuttavia, con tali clausole e con il loro fondamento non contrastava l'ulteriore previsione aggiunta al contratto attraverso l'Appendice 8 apposta alla polizza, la quale - per come interpretata dal giudice del merito -, proprio al fine di consentire la certa applicazione del principio di globalità e di individuare criteri obiettivi ai quali ancorare l'adempimento dell'obbligo dell'assicurato di notifica del complessivo ammontare del fatturato assicurabile, aveva convenzionalmente fissato, per tutte le fatture a rimessa diretta, la dilazione di pagamento di 120 giorni.

1.1.e. Infine, il carattere speciale della previsione convenzionale contenuta nell'Appendice 8, quale appendice aggiunta alla polizza, esclude che essa potesse reputarsi (ove interpretata nel senso prospettato dal giudice del merito) in contrasto con la previsione delle condizioni generali di contratto (art. 7.1.) che prescriveva all'assicurato di inviare all'assicuratore le notifiche in ordine al fatturato assicurabile a mezzo di apposito modulo, nel quale era contemplata la possibilità di detrarre fatture con pagamento in contanti o assegno circolare, eventualmente a rimessa diretta.

1.1.f. La circostanza che il giudice del merito abbia fornito una interpretazione della clausola contrattuale sicuramente plausibile (se non decisamente corretta) esclude la possibilità di dolersene in sede di legittimità sol perché la parte che propone la censura aveva interesse a che fosse privilegiata una diversa interpretazione rimasta disattesa.

Il primo motivo di ricorso è, pertanto, inammissibile, in quanto esso, col sostenere la disapplicazione dei criteri ermeneutici contrattuali invece invocati della parte, si risolve nella mera critica del risultato interpretativo raggiunto dalla Corte di appello e nella non consentita contrapposizione, a quella fornita dal giudice del merito, di una diversa e più favorevole interpretazione del contratto.

2. Con il secondo motivo ("violazione e falsa applicazione degli artt. 1453,1455,1456,1375,1901 e 1932 c.c., in relazione all'art. 360, comma I, n. 3, c.p.c., con riferimento agli artt. 7 e 9.1. del contratto di assicurazione"), la sentenza di appello è censurata nella parte in cui ha attribuito all'inadempimento accertato a carico dell'A. s.r.l. l'effetto di determinare lo scioglimento automatico del contratto di assicurazione, avuto riguardo, da un lato, alla rilevanza dell'obbligazione inesattamente adempiuta di comunicazione dell'esatto ammontare del fatturato assicurabile, funzionale alla determinazione della parte variabile del premio assicurativo (obbligazione qualificata come "accessoria" a quella di pagamento del premio e tale da giustificare ex se la risoluzione del contratto), e, dall'altro lato, alla clausola risolutiva espressa contenuta nell'art. 9.1 delle condizioni generali di polizza, dettata con riferimento alle violazioni "degli obblighi relativi ai termini e alle modalità di segnalazione e determinazione del fatturato assicurabile", quali stabiliti dall'art. 7 delle stesse condizioni generali, che avrebbe comportato la risoluzione del contratto e, per l'effetto, la decadenza dell'assicurato dal diritto all'indennizzo, senza necessità di valutare in concreto la gravità dell'inadempimento.

Il secondo motivo si articola in due sub-motivi.

2.a. Con il primo sub-motivo ("violazione e falsa applicazione degli artt. 1375,1455,1901 e 1932 c.c., in relazione alle clausole 7 (termini e alle modalità di segnalazione e determinazione del Fatturato Assicurabile) e 9.1. del contratto di assicurazione (clausola risolutiva espressa e decadenza dal diritto all'indennizzo)"), la sentenza impugnata è censurata per aver ritenuto che l'inesatto adempimento dell'obbligo dell'assicurato di comunicare periodicamente all'assicuratore gli elementi variabili in funzione della determinazione del premio assicurativo comportasse l'automatica risoluzione del contratto, anche in ragione della clausola risolutiva espressa ad esso apposta.

La ricorrente richiama, al riguardo, il contrario orientamento della giurisprudenza di legittimità (viene citata, tra le altre, la sentenza n. 4631 del 28/02/2007 delle Sezioni Unite di questa Corte), secondo cui la determinazione del premio nei contratti di assicurazione contro i danni, fissata convenzionalmente in base ad elementi variabili (cosiddetta assicurazione con clausola di regolazione del premio assicurativo), comporta che l'adempimento dell'assicurato è adempimento di un'obbligazione civile diversa dalle obbligazioni indicate nell'art. 1901 c.c. e, come tale, deve essere valutata tenendo conto del comportamento di buona fede tenuto dalle parti nell'esecuzione del contratto, del tempo in cui la prestazione è effettuata e dell'importanza dell'inadempimento.

La A. s.r.l. sostiene che, alla luce di tale orientamento, l'obbligazione di comunicare gli elementi variabili funzionali alla determinazione del premio, diversamente da quanto statuito dal giudice di appello, non avrebbe potuto reputarsi accessoria a quella di pagamento del premio, sicché erroneamente sarebbe stato ricondotto all'inadempimento di tale obbligazione l'effetto automatico di scioglimento del rapporto contrattuale senza valutare la condotta esecutiva di buona fede delle parti e l'importanza dell'inadempimento, sulla base di una clausola risolutiva espressa che avrebbe dovuto reputarsi nulla per contrasto con norme imperative di legge.

2.b. Con il secondo sub-motivo del secondo motivo ("violazione e falsa applicazione degli artt. 1375,1453,1455,1456,1460 comma 2, c.c., con riferimento agli artt. 7 e 9.1. del contratto di assicurazione"), la ricorrente sostiene che quand'anche si dovesse ritenere lecita la clausola risolutiva espressa prevista dall'art. 9.1 della polizza, dovrebbe comunque reputarsi erronea in iure la statuizione della sentenza impugnata diretta ad escludere la necessità della valutazione della gravità dell'inadempimento, atteso che, anche in presenza di clausola risolutiva espressa, il giudice sarebbe chiamato non solo a constatare la verificazione dell'evento in essa previsto ma anche ad esaminare, con riferimento al principio di buona fede, il comportamento dell'obbligato, potendo la risoluzione essere dichiarata solo ove sussista (almeno) la colpa di quest'ultimo.

2.1. E' fondato il primo sub-motivo del secondo motivo e dal suo accoglimento resta assorbito il secondo sub-motivo.

2.1.a. Questa Corte, con orientamento consolidatosi anche a seguito di pronuncia del suo massimo consesso, ha statuito che nei contratti di assicurazione contro i danni che prevedano la determinazione del premio in base ad elementi variabili (cosiddetta assicurazione con la clausola di regolazione del premio), l'obbligo dell'assicurato di comunicare periodicamente all'assicuratore gli elementi variabili costituisce un'obbligazione diversa da quelle indicate nell'art. 1901 c.c., il cui inadempimento non comporta l'automatica sospensione della garanzia, ma può giustificare un tale effetto, così come la risoluzione del contratto, solo in base ai principi generali in tema di importanza dell'inadempimento e di buona fede nell'esecuzione del contratto, senza che assuma rilievo il richiamo, operato con apposita clausola contrattuale, all'art. 1901 c.c. con riguardo alla mancata comunicazione delle variazioni, trattandosi di clausola nulla ai sensi dell'art. 1932 c.c., in quanto derogatoria della disciplina legale in senso meno favorevole all'assicurato (cfr. - sulla scia di Cass., Sez. Un., 20/02/2007, n. 4631 - Cass.13/12/2011, n. 26783; Cass.19/12/2013, n. 28472; Cass.17/11/2021, n. 35042).

2.1.b. Secondo la Sacet BT s.p.a., questo orientamento della giurisprudenza di legittimità - asseritamente richiamato in modo inconferente dalla A. s.r.l. - non potrebbe trovare applicazione nella fattispecie in esame, nella quale si sarebbe imputata all'assicurata la violazione del "principio di globalità", ovvero di un "principio cardine del diritto assicurativo, la cui violazione per espressa previsione contrattuale, viene sanzionata con la risoluzione del contratto" (v., in particolare, p.23 del controricorso).

A tale obiezione e', però, agevole replicare che, nella fattispecie in esame, viene in considerazione un contratto di assicurazione contro i danni con previsione di determinazione del premio in base ad elementi

variabili, nell'ambito del quale la clausola risolutiva espressa è stata pattuita proprio con riferimento alle violazioni "degli obblighi relativi ai termini e alle modalità di segnalazione e determinazione del fatturato assicurabile" (art. 9.1.), ovvero sia per il caso di inesatto adempimento, da parte dell'assicurata, dell'obbligo di comunicare periodicamente all'assicuratrice gli elementi variabili in funzione della determinazione del premio assicurativo.

Pertanto, si rientra pienamente nell'orbita di operatività del surricordato principio di diritto sancito dalle Sezioni Unite di questa Corte (e reiteratamente ribadito a Sezione semplice), alla stregua del quale va esclusa la stessa validità, per contrasto con norme imperative di legge, della regola contrattuale invocata dalla società controricorrente.

2.1.c. Dando doverosa continuità al predetto orientamento - e portandolo alle sue ulteriori specificazioni - vanno, infatti, affermati i seguenti principi:

a) nei contratti di assicurazione contro i danni con clausola di regolazione del premio, non sussiste rapporto di accessorietà tra l'obbligazione di pagamento del premio e l'obbligazione di comunicare periodicamente all'assicuratore gli elementi variabili; quest'ultima, infatti, è un'obbligazione diversa e autonoma rispetto a quelle indicate nell'art. 1901 c.c., sicché il suo inadempimento non può produrre automaticamente gli effetti previsti - con norma imperativa di carattere inderogabile - dalla citata disposizione codicistica per l'ipotesi di mancato pagamento del premio, tra cui quello della risoluzione di diritto del contratto di assicurazione;

b) al contrario, nel caso di inadempimento o inesatto adempimento, da parte dell'assicurato, dell'obbligazione di comunicare periodicamente all'assicuratore gli elementi variabili in funzione della determinazione del premio, la sospensione o la cessazione della garanzia assicurativa (per effetto, rispettivamente, della formulazione di una eccezione di inadempimento da parte dell'assicuratore o di risoluzione del contratto) presuppongono necessariamente, secondo le regole generali, la previa valutazione della condotta esecutiva di buona fede delle parti e dell'importanza dell'inadempimento, funzionali a verificare se le variazioni non comunicate abbiano una rilevanza tale da aver comportato un'apprezzabile alterazione del rapporto di adeguatezza tra rischio e premio;

c) nell'ipotesi in cui venga introdotta nel contratto di assicurazione una clausola che, eventualmente mediante richiamo all'art. 1901 c.c. (o, come nella specie, mediante previsione espressa di risoluzione di diritto ex art. 1456 c.c.), stabilisca, con riguardo alla mancata comunicazione delle variazioni, una disciplina contrattuale specifica, diversa da quella legale appena illustrata, prevedendo l'automatica sospensione della garanzia o, persino, l'automatica risoluzione di diritto del contratto di assicurazione, la clausola medesima deve reputarsi nulla ai sensi dell'art. 1932, comma 1, c.c., in quanto derogatoria della disciplina legale in senso meno favorevole all'assicurato; in tal caso, infatti, la disciplina pattizia non pone una deroga a norme dispositive (e, pertanto, derogabili dall'autonomia privata) ma si pone in contrasto con norme imperative (dunque, inderogabili) dalle quali viene automaticamente sostituita (art. 1932, comma 2, c.c.).

2.1.d. Applicando questi principi di carattere generale al caso di specie, deve accogliersi il primo sub-motivo del secondo motivo (con assorbimento del secondo sub-motivo), e, cassata la sentenza in relazione al motivo accolto, la causa deve essere rinviata al giudice del merito perché, attenendosi agli enunciati principi,

riesamini le domande e le eccezioni delle parti, previa valutazione della condotta di buona fede da loro tenuta nell'esecuzione del contratto e dell'importanza dell'accertato inesatto adempimento dell'assicurata all'obbligo di comunicazione periodica del fatturato assicurabile in funzione della determinazione della parte variabile del premio assicurativo.

3. L'accoglimento, nei termini precisati, del secondo motivo comporta altresì l'assorbimento del terzo, da reputarsi subordinato al precedente, con il quale (deducendo la violazione degli artt. 1456 e 1458 c.c., nonché omesso esame di fatto decisivo e controverso), la società ricorrente, per l'ipotesi che fosse valida la clausola risolutiva espressa apposta al contratto, ha invocato la cassazione della sentenza impugnata nella parte in cui non ne ha escluso l'efficacia con riguardo alle prestazioni dovute dalla società assicuratrice precedentemente alla data di comunicazione della dichiarazione di volersene avvalere (30 ottobre 2012), avuto riguardo al principio per cui l'effetto retroattivo della risoluzione viene meno nei contratti ad esecuzione continuata o periodica.

4. In definitiva, va accolto, per quanto di ragione, il secondo motivo del ricorso, va dichiarato assorbito il terzo e inammissibile il primo.

Cassata la gravata sentenza in relazione al motivo accolto, la causa va rinviata ad altra Sezione della Corte di appello di Roma, comunque in diversa composizione, che provvederà anche sulle spese del giudizio di legittimità.

**PQM**

P.Q.M.

La Corte accoglie per quanto di ragione il secondo motivo di ricorso, dichiara assorbito il terzo e dichiara inammissibile il primo.

Cassa la sentenza impugnata in relazione al motivo accolto e rinvia, anche per le spese del giudizio di legittimità, ad altra Sezione della Corte di appello di Roma, comunque in diversa composizione.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Terza Sezione Civile, il 11 ottobre 2023.

Depositato in Cancelleria il 23 novembre 2023