

Intestazione

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

Composta dai Magistrati

Dott. TRAVAGLINO Giacomo

- Presidente

Dott. SCODITTI Enrico

- Consigliere

Dott. RUBINO Lina

- Consigliere

Dott. FIECCONI Francesca

- Consigliere

Dott. SPAZIANI Paolo

- Consigliere - Rel.

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso iscritto al n. 05278/2021 R.G.,

proposto da

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI Spa e HDI GLOBAL SE; rappresentate e difese dagli avvocati Faustino Manfredonia (faustinomanfredonia@legalmail.it) e Claudio Manfredonia (claudiomanfredonia@legalmail.it), in virtù di procura a margine del ricorso;

- ricorrenti -

nei confronti di

AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO (ASL NAPOLI 1 CENTRO), in persona del Direttore Generale e legale rappresentante pro tempore; rappresentata e difesa dall'Avv. Angelo Abignente (angeloabignente@pec.it), in virtù di procura in calce al controricorso;

- controricorrente -

nonché di

Se.Co. e Pi.Ma.; rappresentati e difesi dall'Avv. Andrea Iannicelli (andrea@studioiannicelli.com), in virtù di procura a margine del controricorso;

-controricorrenti-

e di

Pi.Gi.;

-intimato-

per la cassazione della sentenza n. 4426/2020 della Corte d'Appello di NAPOLI, depositata e notificata il 18 dicembre 2020;

udita la relazione svolta nella pubblica udienza del 20 settembre 2024 dal Consigliere Paolo Spaziani;

udito il Pubblico Ministero, in persona del Sostituto Procuratore Generale Mario Fresa, che ha ribadito le conclusioni già formulate in forma scritta, chiedendo l'accoglimento dei primi due motivi di ricorso con assorbimento del terzo;

udito l'Avv. Faustino Manfredonia per le società ricorrenti;

udito l'Avv. Angelo Abbignente per la controricorrente ASL Napoli 1.

Fatto

FATTI DI CAUSA

1. Se.Co., in proprio e quale genitore esercente la responsabilità genitoriale sul figlio minore Pi.Ma., nonché Pi.Gi., convennero, dinanzi al Tribunale di Napoli, la ASL Napoli 1 Centro, chiedendone la condanna al risarcimento dei danni da loro patiti in seguito al decesso di Pi.Fr.(coniuge della prima e padre dei secondi), verificatosi il 23 dicembre 2008, dopo che egli, ricoverato in data 5 dicembre 2008 presso l'Ospedale San Paolo per un episodio convulsivo con perdita di coscienza e incontinenza, ne era stato dimesso, l'11 dicembre successivo, all'esito di terapia antibiotica e antinfiammatoria, con diagnosi di flogosi sinusale e, recatosi il 21 dello stesso mese presso l'Ospedale Caldarelli, era stato avviato per sospetta meningoencefalite alla struttura di malattie infettive dell'Ospedale Cotugno, ove, confermata tale infausta diagnosi, era poi deceduto.

L'ASL convenuta, costituitasi in giudizio, chiamò in manleva le coassicuratrici UNIPOLSAI ASSICURAZIONI Spa (incorporante la Navale Assicurazioni Spa e l'Aurora Assicurazioni Spa) e l'HDI GLOBAL SE.

Queste ultime, costitutesi a loro volta, opposero, tra l'altro, l'operatività della clausola "on claims made basis", apposta al contratto di assicurazione (art.25), che subordinava l'efficacia della garanzia alla circostanza che la richiesta di risarcimento fosse stata presentata dall'assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della polizza in relazione a fatti posti in essere durante tale periodo, salvo il periodo di ultrattività e retroattività contrattualmente previsto; dedussero che nella fattispecie la polizza aveva avuto effetto dal 30 settembre 2006 al 30 settembre 2009, ma la richiesta risarcitoria, sebbene relativa ad un fatto del 2008, era stata formulata dai danneggiati per la prima volta nel 2011.

Il Tribunale accolse la domanda risarcitoria proposta dai danneggiati contro la ASL Napoli 1 Centro, liquidando a favore di essi il danno patrimoniale (Euro 370.272,24 ciascuno), quello non patrimoniale da lesione del rapporto parentale (Euro 280.000,00 ad ognuno dei due figli della vittima; Euro 250.000,00 al coniuge) e il danno biologico terminale iure successionis (Euro 1.000,00 ciascuno).

Accolse inoltre la domanda di manleva, dichiarando le società assicuratrici tenute in solido a tenere indenne la ASL delle somme che avrebbe dovuto versare ai creditori.

2. La sentenza di primo grado è stata integralmente confermata dalla Corte d'Appello di Napoli, la quale ha rigettato sia l'impugnazione principale proposta da UNIPOLSAI ASSICURAZIONI Spa e da HDI GLOBAL SE, sia quella incidentale proposta dalla ASL Napoli 1 Centro, condannandole alle spese del grado.

3. Hanno proposto ricorso per cassazione le società assicuratrici, sulla base di tre motivi, l'ultimo dei quali articolato in quattro doglianze.

Ha risposto con controricorso l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro.

Con distinto controricorso hanno risposto altresì Se.Co. e il figlio Pi.Ma., ormai maggiorenne, mentre non ha svolto difese in questa sede Pi.Gi.

4. La trattazione del ricorso, originariamente fissata in adunanza camerale (in vista della quale le società ricorrenti avevano depositato memoria), è stata rinviata alla pubblica udienza con ordinanza interlocutoria 16 febbraio 2024, n. 4294, con cui è stato altresì ordinato alle stesse ricorrenti di procedere, nel termine di sessanta giorni dal deposito, al rinnovo della notifica del ricorso a Pi.Gi.

Il Pubblico Ministero presso la Corte ha depositato memoria con conclusioni scritte.

Le società ricorrenti hanno depositato ulteriore memoria per l'udienza.

Ha depositato memoria per l'udienza anche la controricorrente ASL Napoli 1 Centro.

Diritto

RAGIONI DELLA DECISIONE

L'ordine di rinnovo del ricorso per cassazione all'intimato Pi.Gi. è stato tempestivamente ed esattamente osservato dalle società ricorrenti (cfr. gli atti allegati alla nota di deposito del 15 marzo 2024).

Possono dunque essere delibati i motivi del ricorso.

1. Con il primo motivo viene denunciata la violazione degli [artt. 112,101,116 cod. proc. civ.](#), 1218, 1936, 1917, 2727 e 2947 cod. civ. e del [D.Lgs. n. 206 del 2005 \(Codice del consumo\)](#), in relazione all'[art. 360 n.4 cod. proc. civ.](#).

2. Con il secondo motivo viene denunciata la violazione e falsa applicazione degli [artt. 101,112,115,116,183, sesto comma, cod. proc. civ.](#), 1218, 1917, 1936 e ss., 1322, primo comma, 2727 e 2697 cod. civ. e del [D.Lgs. n. 206 del 2005 \(Codice del consumo\)](#), in relazione all'[art. 360 n.3 cod. proc. civ.](#).

2.1. I primi due motivi - che vanno esaminati congiuntamente per ragioni di connessione - censurano la sentenza impugnata nella parte in cui, confermando la decisione di primo grado, ha accolto la domanda di manleva proposta dalla ASL nei confronti delle società assicuratrici, sul previo rilievo della nullità della clausola "on claims made basis" apposta al contratto di assicurazione.

Nell'emettere tale statuizione la Corte territoriale sarebbe incorsa in molteplici violazioni, sia in procedendo che in iudicando: in primo luogo, per avere effettuato officiosamente il rilievo di nullità della clausola "on claims made basis", senza previamente suscitare il contraddittorio sulla relativa questione; in secondo luogo, per avere omesso di esaminare i (e di provvedere sui) motivi di appello che avevano censurato l'omologa statuizione del giudice di primo grado; in terzo luogo, per avere erroneamente ritenuto applicabile la disciplina di cui al [decreto legislativo n. 206/2005](#); in quarto luogo, per aver violato le norme giuridiche sostanziali che, nell'interpretazione prevalsa nella giurisprudenza di legittimità, escluderebbero la nullità della clausola "on claims made basis", demandando al giudice del merito il controllo sull'equilibrio del negozio giuridico; a tale ultimo proposito, le ricorrenti evidenziano, in particolare, che, nella fattispecie, il testo del contratto assicurativo era riproduttivo di un capitolato d'appalto, sicché non era configurabile la figura del contratto per adesione, bensì quella del contratto "a relazione perfetta", nella cui disciplina e nel cui sinallagma non erano presenti "vuoti di copertura" e "squilibri contrattuali".

2.2. I motivi in esame sono fondati.

2.2.a. In primo luogo, va preso atto delle deduzioni contenute nella seconda memoria depositata dalle ricorrenti, secondo cui su alcune delle questioni poste con le illustrate censure questa Corte avrebbe già pronunciato nel provvedere su un ricorso proposto dalla stessa ASL Napoli 1 Centro nei confronti delle stesse società assicuratrici, avverso una sentenza d'appello in cui si sarebbe provveduto su una domanda di manleva formulata tra le stesse parti sulla base della medesima polizza.

In proposito va osservato che in quel caso, contrariamente a quanto accaduto nella vicenda all'attuale esame, la domanda di manleva era stata rigettata dal giudice del merito, sul presupposto dell'inoperatività della polizza in regime di "claims made" e questa Corte ha rigettato il ricorso della ASL Napoli 1 Centro che aveva censurato il mancato rilievo della nullità di tale clausola ([Cass. 07/05/2024, n. 12411](#)).

Sebbene - diversamente da quanto sostenuto dalle ricorrenti nella memoria [ex art. 378 cod. proc. civ.](#) - tale pronuncia non valga a far ritenere maturato il giudicato sulla domanda formulata nel presente giudizio (trattandosi di domande coincidenti sotto il profilo soggettivo il cui esito dipende dalla soluzione di una medesima questione, ma differenti sotto il profilo degli elementi oggettivi, stante la diversità delle parti della domanda principale, cui quella di manleva è connessa per garanzia), tuttavia va ribadito il rilievo in essa formulato in ordine al carattere della polizza assicurativa azionata, desumibile dalla circostanza che essa era stata stipulata non mediante l'adesione a schemi contrattuali predisposti dalle compagnie assicuratrici, e sui quali, pertanto, l'incidenza della loro forza contrattuale poteva essere supposta maggiore, bensì sulla base di una pattuizione seguita a specifiche trattative; non può dubitarsi, infatti, che la polizza fosse stata redatta con l'accordo della stessa Pubblica Amministrazione, all'esito della gara indetta al fine della conclusione del contratto di assicurazione, pervenendosi così alla stipulazione di un negozio giuridico "a relazione perfetta" e non per adesione.

2.2.b. In secondo luogo - e più in generale - va rammentato che la giurisprudenza di questa Corte, alla luce degli arresti delle Sezioni Unite, è giunta alla conclusione che il modello di assicurazione della responsabilità civile con clausole "on claims made basis", quale deroga convenzionale all'[art. 1917, primo comma, cod. civ.](#), consentita dall'[art. 1932 cod. civ.](#), è riconducibile al tipo dell'assicurazione contro i danni e, pertanto, non è soggetto al controllo di meritevolezza di cui all'[art. 1322, secondo comma, cod. civ.](#), ma alla verifica, ai sensi dell'art. 1322, primo comma, stesso codice, della rispondenza della conformazione del tipo, operata attraverso l'adozione delle suddette clausole, ai limiti imposti dalla legge, da intendersi come l'ordinamento giuridico nella sua complessità, comprensivo delle norme di rango costituzionale e sovranazionale.

Tale indagine, devoluta al giudice del merito, riguarda, innanzitutto, la causa concreta del contratto, sotto il profilo della liceità e dell'adeguatezza dell'assetto sinallagmatico rispetto agli specifici interessi perseguiti dalle parti, ma non si arresta al momento della genesi del regolamento negoziale, investendo anche la fase precontrattuale (in cui occorre verificare l'osservanza, da parte dell'impresa assicurativa, degli obblighi di informazione sul contenuto delle "claims made") e quella dell'attuazione del rapporto (come nel caso in cui nel regolamento contrattuale "on claims made basis" vengano inserite clausole abusive), con la conseguenza che la tutela invocabile dall'assicurato può esplicarsi, in termini di effettività, su diversi piani, con attivazione dei rimedi pertinenti ai profili di volta in volta implicati ([Cass., Sez. Un., 24/09/2018, n. 22437](#); successivamente, in senso conforme, v. [Cass. 26/04/2022, n. 12981](#); [Cass. 12/03/2024, n. 6490](#); [Cass. 08/05/2024, n. 12462](#); [Cass. 30/05/2024, n. 15216](#); [Cass. 26/07/2024, n. 21036](#)).

Nell'ottica dell'indagine sulla causa concreta, le Sezioni Unite hanno chiarito quanto segue: "l'analisi dell'assetto sinallagmatico del contratto assicurativo rappresenta un veicolo utile per apprezzare se, effettivamente, ne sia realizzata la funzione pratica, quale assicurazione adeguata allo scopo ... , là dove l'emersione di un disequilibrio palese di detto assetto si presta ad essere interpretato come sintomo di

carenza della causa in concreto dell'operazione economica. Ciò in quanto, come già affermato da questa Corte, la determinazione del premio di polizza assume valore determinante ai fini dell'individuazione del tipo e del limite del rischio assicurato, onde possa reputarsi in concreto rispettato l'equilibrio sinallagmatico tra le reciproche prestazioni ([Cass., 30/04/2010, n. 10596](#); ma, in forza di analoga prospettiva, anche [Cass., Sez. Un., 28/02/2007, n. 4631](#)). Non è, dunque, questione di garantire, e sindacare perciò, l'equilibrio economico delle prestazioni, che è profilo rimesso esclusivamente all'autonomia contrattuale, ma occorre indagare, con la lente del principio di buona fede contrattuale, se lo scopo pratico del regolamento negoziale "on claims made basis" presenti un arbitrario squilibrio giuridico tra rischio assicurato e premio, giacché, nel contratto di assicurazioni contro i danni, la corrispettività si fonda in base ad una relazione oggettiva e coerente con il rischio assicurato, attraverso criteri di calcolo attuariale. Del resto, una significativa chiave interpretativa in tal senso è fornita dal considerando n. 19 della direttiva 93/13/CEE, che, sebbene abbia riguardo specificamente alla tutela del consumatore, esprime, tuttavia, un principio di carattere più generale, che trae linfa proprio dall'anzidetta relazione oggettiva rischio/premio, sterilizzando la valutazione di abusività della clausola di delimitazione del rischio assicurativo e dell'impegno dell'assicuratore "qualora i limiti in questione siano presi in considerazione nel calcolo del premio pagato dal consumatore".

In questo quadro, richiamando l'estraneità del disposto dell'[art. 2965 cod. civ.](#) al giudizio relativo alla clausola "claims made", la quale costituisce una delimitazione dell'oggetto del contratto, secondo quanto affermato dalle Sezioni Unite (v. già, oltre [Cass., Sez. Un., n. 22437 del 2018](#), cit., [Cass. 06/05/2016, n. 9140](#)), è stato affermato che "non può essere affetta da nullità, *ex art. 2965 cod. civ.*, la clausola claims made "perché fa dipendere la decadenza dalla scelta di un terzo", giacché l'atteggiarsi della richiesta del terzo, quale evento futuro, impreveduto ed imprevedibile, è del tutto coerente con la struttura propria del contratto di assicurazione contro i danni (nel cui ambito ... è da ricondursi la polizza con clausola claims made), in cui l'operatività della copertura deve dipendere da fatto non dell'assicurato" ([Cass. 22/04/2022, n. 12908](#); diversamente si era orientata, sulla questione dell'[art. 2965 cod. civ.](#), [Cass. 13/05/2020, n. 8894](#), rimasta isolata, ma si veda, in senso contrario, già [Cass. 21/11/2019, n. 30309](#)).

Al fine dell'indagine in ordine alla causa concreta, il giudice del merito deve pertanto svolgere l'analisi dell'assetto sinallagmatico del contratto assicurativo, dando valore alle circostanze rilevanti, quale quella, invero determinante, del premio di polizza.

Spetta così al giudice del merito, facendo applicazione dei suddetti principi di diritto, giudicare dell'assenza o presenza di squilibrio sinallagmatico dal punto di vista del giudizio di fatto.

I primi due motivi di ricorso, pertanto, devono essere accolti.

3. Il terzo motivo censura, articolando quattro distinte doglianze, la statuizione di accoglimento della domanda principale risarcitoria, proposta da Se.Co., Pi.Ma. e Pi.Gi. nei confronti della ASL Napoli 1 Centro.

3.1. Con la prima doglianza viene denunciata la violazione e falsa applicazione degli [artt. 101,112,115,183,186,194,195 cod. proc. civ.](#), in relazione all'[art. 360 n.3 cod. proc. civ.](#), nonché degli [artt. 132](#), secondo comma, [194,195 cod. proc. civ.](#) e 111 Cost., in relazione all'[art. 360 n.4 cod. proc. civ.](#).

3.2. Con la seconda doglianza viene denunciata la violazione e falsa applicazione degli [artt.1218, 1227,2697 cod. civ.](#), 40 e 41 cod. pen., 116 cod. proc. civ., nonché delle regole di funzione dell'accertamento della causalità omissiva in relazione all'[art. 360 nn.3 e 5 cod. proc. civ.](#).

3.3. con la terza doglianza del terzo motivo viene denunciata la violazione ed errata applicazione dell'[art. 112 cod. proc. civ.](#) in relazione agli [artt. 1223, 1226, 2059, 2697 e 2729 cod. civ.](#), ai sensi dell'[art. 360 nn.3 e 5 cod. proc. civ.](#).

3.4. con la quarta doglianza del terzo motivo viene denunciata la violazione o falsa applicazione degli [artt. 4 D.L. n. 857/1976, 137 D.Lgs. n.209/2005 \(Codice delle assicurazioni private\)](#), 1226, 2043, 2056, 2727 e 2729 cod. civ., in relazione all'[art. 360 n.3 cod. proc. civ.](#).

3.4.1. Il motivo in esame, nelle diverse doglianze in cui si articola, non può reputarsi assorbito dall'accoglimento dei primi due motivi, atteso che la cassazione della sentenza d'appello, limitatamente alla pronuncia di accoglimento della domanda di garanzia basata sull'erroneo rilievo di nullità della clausola "on made basis" non esclude che all'esito della verifica (domandata al giudice del rinvio) sulla liceità e sull'adeguatezza dell'assetto sinallagmatico del contratto assicurativo, nel senso sopra precisato (sub 2.2.b.), la domanda accessoria formulata dalla ASL in confronto delle società assicurative possa essere reputata comunque fondata.

3.4.2. Tutte le censure veicolate con il terzo motivo, tuttavia, vanno dichiarate inammissibili, in quanto aggrediscono indebitamente il motivato giudizio di fatto espresso dalla Corte territoriale, sia in ordine all'accertamento degli elementi costitutivi della fattispecie di responsabilità contrattuale ascritta alla Azienda Sanitaria, sia in ordine alla liquidazione del danno.

Nel formulare tali inammissibili critiche, le ricorrenti tendono dunque a suscitare da questa Corte di legittimità un nuovo giudizio di merito in contrapposizione a quello formulato dalla Corte d'Appello territoriale, omettendo di considerare che tanto l'accertamento dei fatti, quanto l'apprezzamento - ad esso funzionale - delle risultanze istruttorie è attività riservata al giudice del merito, cui compete non solo la valutazione delle prove ma anche la scelta, insindacabile in sede di legittimità, di quelle ritenute più idonee a dimostrare la veridicità dei fatti ad esse sottesi ([Cass. 04/07/2017, n. 16467](#); [Cass.23/05/2014, n. 11511](#); [Cass. 13/06/2014, n. 13485](#); [Cass. 15/07/2009, n. 16499](#)).

4. In definitiva, vanno accolti i primi due motivi di ricorso e va dichiarato inammissibile il terzo.

La sentenza impugnata va cassata in relazione ai motivi accolti con rinvio alla Corte d'Appello di Napoli, in diversa composizione, che -ferma la statuizione già emessa sulla domanda principale risarcitoria - rinoverà la delibazione della domanda accessoria di manleva proposta dalla ASL Napoli 1 Centro nei confronti delle società ricorrenti, nonché delle relative eccezioni ritualmente sollevate da queste ultime, attenendosi agli enunciati principi.

Il giudice del rinvio provvederà anche sulle spese del giudizio di legittimità ([art. 385, terzo comma, cod. proc. civ.](#)).

6. Ai sensi dell'art. 52 del D.Lgs. n. 196 del 2003, deve disporsi che, in caso di diffusione del presente provvedimento, siano omesse le generalità e gli altri dati identificativi delle persone fisiche controricorrenti e delle altre persone di cui si fa menzione.

PQM

P.Q.M.

La Corte accoglie i primi due motivi di ricorso e dichiara inammissibile il terzo. Cassa la sentenza impugnata in relazione ai motivi accolti e rinvia alla Corte d'Appello di Napoli, in diversa composizione, anche per le spese del giudizio di legittimità.

Ai sensi dell'[art. 52 del D.Lgs. n. 196 del 2003](#), dispone che, in caso di diffusione del presente provvedimento, siano omesse le generalità e gli altri dati identificativi delle persone fisiche controricorrenti e delle altre persone in esso menzionate.

Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio della Terza Sezione Civile, in data 20 settembre 2024.

Depositato in Cancelleria il 28 ottobre 2024.