

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

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. DE STEFANO Franco - Presidente

Dott. ROSSETTI Marco - Consigliere

Dott. TATANGELO Augusto - Consigliere

Dott. ROSSI Raffaele - Consigliere

Dott. FANTICINI Giovanni - Consigliere Rel.

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

sul ricorso iscritto al n. 29341/2021 R.G. proposto

da

___, rappresentata e difesa dall'avv. (Omissis), con domicilio digitale ex lege

- ricorrente -

contro

___, rappresentata e difesa dall'avv. (Omissis), dall'avv. (Omissis), dall'avv. (Omissis) e dall'avv. (Omissis), con domicilio digitale ex lege

- controricorrente -

e nei confronti di

A.A. B.B. C.C. D.D.

- intimati -

avverso la sentenza della Corte d'Appello di Palermo n. 660 del 28/4/2021; udita la relazione svolta nella camera di consiglio del 5/3/2025 dal Consigliere Dott. Giovanni Fanticini; letta la memoria della controricorrente;

Svolgimento del processo

- A.A., B.B. e C.C. convenivano in giudizio, innanzi al Tribunale di Palermo, la F.F. chiedendo la condanna della clinica al risarcimento dei danni patiti, iure proprio e iure successionis, in

conseguenza dell'avvenuto decesso del loro congiunto E.E., sopravvenuto a intervento chirurgico nel luglio 2006 per condotte colpose attribuite dagli attori alla casa di cura;

- costituitasi in giudizio, la F.F. chiedeva e otteneva di chiamare in causa D.D., medico che aveva eseguito l'intervento chirurgico, e la __, dalla quale pretendeva di essere garantita nel caso di soccombenza, in forza della polizza per la responsabilità civile sottoscritta il 3/2/2011;

- la compagnia assicuratrice eccepiva l' inoperatività della garanzia, in forza della clausola 7.2 delle condizioni generali di polizza, perché l'evento doveva ritenersi "fatto noto" già prima della data di efficacia del contratto, attesa la pendenza di un procedimento penale che aveva comportato, nel corso delle indagini preliminari, il sequestro della cartella clinica e della documentazione sanitaria riguardante il paziente deceduto;

- il Tribunale di Palermo, con la sentenza n. 597 del 24/1/2019, accoglieva parzialmente la domanda attorea e condannava la F.F. al pagamento di Euro 259.234,17 in favore di A.A. e di Euro 212.100,58 ciascuno per C.C. e B.B., nonché la __ a tenere indenne la struttura sanitaria di quanto tenuta a pagare agli attori, al netto della franchigia contrattuale fissa per sinistro e per la parte eccedente la franchigia aggregata annua; rigettava, invece, le domande avanzate nei confronti del medico;

- proponeva impugnazione soltanto la __, contestando l' interpretazione della polizza assicurativa data dal primo giudice e il conseguente rigetto dell'eccezione di inoperatività della garanzia; secondo quanto risulta dalla sentenza impugnata, l'appello era fondato sulla già menzionata clausola 7.2 delle condizioni generali di polizza, la quale "espressamente esclude la copertura assicurativa per i sinistri: "a) che fossero già noti all'ufficio competente del Contraente prima della data di effetto di questa assicurazione, anche se mai denunciati a precedenti assicuratori"; e ciò sul presupposto che la dedotta responsabilità a carico dell'equipe medica diretta dal dott. D.D. era stata già contestata in sede penale, nella quale erano stati sottoposti a sequestro la cartella clinica e tutta la documentazione correlata all'esecuzione dell' intervento chirurgico e alle successive fasi di decorso post-operatorio fino all' intervenuto decesso di E.E.. Alla stregua di tale prospettazione, l'evento sarebbe da considerare "fatto noto" e come tale non rientrante tra quelli coperti da garanzia assicurativa. Oggetto di critica è, in particolare, l'argomentazione del primo giudice, che, richiamando la nozione di "sinistro" enucleata nella parte generale della polizza, aveva rilevato che a determinare l' inoperatività della polizza non fosse sufficiente una qualsivoglia conoscenza del fatto, ma occorresse una richiesta di ristoro dei danni. L'appellante invoca in contrario la definizione di "richiesta di risarcimento" contenuta nel contratto, a tenore della quale deve reputarsi tale "Ogni inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato; qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l' intenzione di ritenerlo responsabile dei danni subiti, oppure fa all'Assicurato una formale richiesta che gli vengano risarciti i danni subiti". Nella specie rileverebbero il fatto che la Casa di Cura aveva ricevuto notifica dell'avvio del procedimento penale nei confronti dei sanitari della struttura e del dott. D.D.; che costoro erano stati rinviati a giudizio e che il dibattimento si era aperto nel mese di giugno dell'anno 2010, in data anteriore al termine di decorrenza della garanzia. Dal che dovrebbe trarsi che il sinistro era "noto" prima della data di effetto della garanzia, essendosi integrati i presupposti della "richiesta di risarcimento";

- la Corte d'Appello di Palermo, con la sentenza n. 660 del 28/4/2021, respingeva l'impugnazione;

- per quanto qui rileva, il giudice di secondo grado - dopo aver qualificato il contratto come assicurazione on claims made basis - ha individuato tra le "definizioni" contrattuali la nozione negoziale di "sinistro" oggetto di copertura ("La richiesta di risarcimento fatta nei confronti dell'Assicurato per la prima volta durante il periodo di durata dell'assicurazione e regolarmente denunciata agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione alle responsabilità per le quali è

prestata questa assicurazione") e quella, correlata, di "richiesta di risarcimento" ("Ogni inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato; qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile dei danni subiti, oppure fa all'Assicurato una formale richiesta che gli vengano risarciti i danni subiti"); conseguentemente, ha affermato "che, alla stregua delle disposizioni di contratto citate, la richiesta risarcitoria deve stata essere avanzata all'Assicurato, secondo il meccanismo dianzi descritto, nel periodo di vigenza del contratto, vale a dire nell'arco temporale tra il (Omissis) e al (Omissis), ancorché per fatti colposi commessi anteriormente all'efficacia della polizza. Orbene, non risulta che gli attori abbiano avanzato una richiesta risarcitoria, come sopra individuata, in data anteriore al termine di decorrenza della polizza alla F.F., unico soggetto assicurato, posto che tutti i procedimenti penali hanno riguardato i singoli medici, peraltro non inseriti nell'organizzazione aziendale della struttura ma legati alla clinica da un contratto di collaborazione professionale, come del resto sostenuto dalla stessa società in tutte le difese esposte nel giudizio civile. La mera accidentale cognizione dell'esistenza di un procedimento penale a carico di singoli medici, senza che tale consapevolezza si sia tradotta in una "richiesta di risarcimento", come sopra intesa, non integra la condizione di esclusione della garanzia prevista dall'art. 7.2 delle condizioni generali di contratto, nella quale la "conoscenza del sinistro" va accertata

secondo il significato convenzionalmente attribuito alla nozione di "sinistro".;

- avverso la predetta sentenza la ____ - quale cessionaria del portafoglio assicurativo di ____ e, quindi, successore a titolo particolare ex [art. 111](#) c.p.c. - proponeva ricorso per cassazione, affidato a due motivi;
- resisteva con controricorso la F.F.;
- non svolgevano difese nel giudizio di legittimità A.A., B.B., C.C. e D.D.;
- le parti depositavano memorie ex [art. 380-bis.1](#) c.p.c.;
- all'esito della camera di consiglio del 5/3/2025, il Collegio si riservava il deposito dell'ordinanza nei successivi sessanta giorni, a norma dell'[art. 380-bis.1](#), comma 2, c.p.c.;

Motivi della decisione

- col primo motivo si denuncia "violazione e falsa applicazione di norme di legge, nella specie gli [artt. 1362, 1363, 1369 e 1917](#) c.c., singolarmente e nel loro combinato disposto, in relazione all'[art. 360](#), comma 1, n. 3, c.p.c., per avere la Sentenza interpretato le definizioni contrattuali di "sinistro", di "richiesta di risarcimento" e di "inchiesta giudiziaria" alterando il senso letterale delle parole e ignorando la comune intenzione delle parti, omettendo di comprendere una definizione per mezzo delle altre, omettendo di attribuire a tali definizioni il senso più conveniente alla natura e all'oggetto del contratto, e in ogni caso sulla base di un'errata comprensione del modello on claims made basis, rispetto a quello delineato dall'[art. 1917](#) c.c. (on loss occurrence basis)";

- col secondo motivo si deduce "violazione e falsa applicazione degli [artt. 1362, 1367 e 1895](#) c.c., singolarmente e nel loro combinato disposto, rilevante ex [art. 360](#), comma 1, n. 3, c.p.c., per avere la Sentenza interpretato "l'esenzione per fatto noto" limitandosi al significato letterale delle parole e la comune intenzione delle parti, nel senso in cui non possa avere alcun effetto, anziché in quello secondo cui ne avrebbe qualcuno,

finendo per farla coincidere con le ipotesi in cui un rischio non è suscettibile di assicurazione e il contratto, eventualmente stipulato a sua copertura, è nullo";

- i motivi - che possono essere esaminati congiuntamente, perché pongono analoghe questioni di interpretazione del contratto - sono inammissibili, in quanto volti a censurare la lettura della polizza assicurativa data dal giudice di merito nei suoi profili di insindacabilità da parte del giudice di

legittimità;

- il giudice di merito ha respinto l'eccezione di inoperatività della polizza assicurativa in base al seguente percorso logico-interpretativo:

- l'invocata clausola contrattuale 7.2. stabilisce che "L'assicurazione non comprende i sinistri: a) che fossero già noti all'ufficio competente del Contraente prima della data di effetto di questa assicurazione, anche se mai denunciati a precedenti assicuratori";

- per individuare quali fossero i sinistri già conosciuti dall'assicurato -cioè, la F.F. - occorre riferirsi alla nozione di "sinistro";

- il "sinistro" va individuato nella "richiesta di risarcimento" in base alla definizione contrattuale, secondo cui per sinistro si intende "La richiesta di risarcimento fatta nei confronti dell'Assicurato per la prima volta durante il periodo di durata dell'assicurazione e regolarmente denunciata agli Assicuratori durante lo stesso periodo, in relazione alle responsabilità per le quali è prestata questa assicurazione" - che gli stessi contraenti ne hanno dato;

- sempre dalle definizioni contrattuali si trae la nozione di "richiesta di risarcimento", individuata come "Ogni inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato; qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione con la quale il terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile dei danni subiti, oppure fa all'Assicurato una formale richiesta che gli vengano risarciti i danni subiti");

- l'"inchiesta giudiziaria" deve esplicitamente considerarsi alla stregua di una richiesta risarcitoria, ma solo nel caso in cui la stessa sia rivolta contro l'assicurato e, cioè, contro la F.F., mentre le indagini preliminari (nel corso delle quali era stato disposto il sequestro della documentazione sanitaria presso la clinica) e il procedimento penale avevano riguardato il personale sanitario;

- conseguentemente, nel periodo di efficacia della polizza era stata avanzata una "richiesta di risarcimento" e, cioè, si era verificato il "sinistro" oggetto di assicurazione, mentre l'antecedente "inchiesta giudiziaria" non costituiva "richiesta di risarcimento" (in quanto non rivolta contro l'assicurato) e, quindi, non poteva il "sinistro" essere già precedentemente noto al contraente;

- l'impianto della motivazione è logico e coerente e fondato sull'interpretazione letterale del testo contrattuale, senza che possano ravvisarsi i vizi dedotti dalla ricorrente, la quale non prospetta elementi sufficienti per qualificare come anomala, illegittima o illogica l'interpretazione del significato di "inchiesta giudiziaria";

- secondo la Corte di merito, il "sinistro" va individuato nella "richiesta di risarcimento" in forza della definizione contrattuale che lo identifica nella richiesta risarcitoria formulata nei confronti dell'assicurato nel periodo contrattuale in relazione ad un fatto generatore che può anche essere antecedente;

- la compagnia assicuratrice sostiene che la deeming clause - che equipara la "inchiesta giudiziaria" alla richiesta del danneggiato - è stata travisata, a dispetto della volontà dei contraenti, i quali intendevano estendere l'ambito del rischio assicurato; inoltre, per contrastare la lettura incentrata sul rilievo che l'indagine non era rivolta nei confronti dell'assicurato, la ricorrente sostiene che la lettura è illogica, dato che "una casa di cura in forma di società di capitali, non può essere, come tale, imputata in un procedimento penale"; poi, la nozione contrattuale andrebbe intesa in senso più ampio rispetto a quella di "procedimento penale" (fatta propria dal giudice d'appello);

- la ricorrente offre, in sostanza, un'interpretazione delle parole "inchiesta giudiziaria" alternativa rispetto a quella, non implausibile, del giudice di merito (incidentalmente si osserva che il [D.Lgs. n. 231 dell'8/6/2001](#) ha introdotto nell'ordinamento la cosiddetta "responsabilità penale delle persone giuridiche", di talché non è affatto escluso che anche una società di capitali possa essere destinataria di un'indagine - o, genericamente, di un'inchiesta - e chiamata a rispondere di illeciti penali, che, proprio ex art. 25-septies del citato D.Lgs., potrebbero essere perpetrati contro la vita e la

salute e, cioè, contro quegli stessi beni giuridici che una casa di cura è chiamata a preservare; da tanto si desume che non è ex se illogica l'interpretazione della Corte palermitana);

- in ordine all' interpretazione del concetto di "fatto noto", la ricorrente pretende che la clausola di esenzione non sia " interpretata nel senso che rilevante è solo la conoscenza del sinistro, inteso come richiesta di risarcimento, in quanto detta interpretazione si risolve nel rendere inutile la detta clausola, dato che l' inassicurabilità del sinistro già verificatosi è sancita dall'[art. 1895](#) c.c. e determina nullità dell'assicurazione";

- dovendosi qui ribadire il principio secondo cui il fatto noto (e, cioè, la consapevolezza circa l'antecedente avveramento del rischio) rende invalido il contratto di assicurazione, l'argomentazione addotta col ricorso è inconsistente: la circostanza che una clausola ripeta tautologicamente il testo normativo non ne inficia la validità, né giustifica di per sé il ricorso ad un' interpretazione alternativa (sulla base dell' indimostrato presupposto secondo cui le parti, che avrebbero potuto omettere ogni richiamo normativo, avevano evidentemente una diversa intenzione);

- si osserva, ad abundantiam, che le argomentazioni della ricorrente non superano l'obiezione in base alla quale il decreto di sequestro di cartella clinica (non riportato o copiato nel testo del ricorso, in violazione dell'[art. 366](#), comma 1, n. 6, c.p.c. e, perciò, insuscettibile di esame da parte di questa Corte) non contiene necessariamente elementi idonei ad individuare l'apertura di un procedimento penale nei confronti del personale sanitario (il solo numero di iscrizione nel registro generale delle notizie di reato non è di per sé indicativo): nella sentenza impugnata si profila, dunque, un'assenza putativa del rischio, nel senso che manca una consapevolezza dell'assicurato

circa la sua responsabilità, non desumibile dal sequestro di cartelle cliniche o di documentazione nei confronti dei sanitari;

- consegue all' inammissibilità dell' impugnazione la condanna della ricorrente all'arificazione, in favore della controricorrente, delle spese del giudizio di legittimità, le quali sono liquidate, secondo i parametri normativi, nella misura indicata nel dispositivo;

- va dato atto, poi, della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte della ricorrente ed al competente ufficio di merito, ai sensi dell'[art. 13](#), comma 1-quater, [D.P.R. n. 115 del 2002](#) , di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato, in misura pari a quello previsto per il ricorso incidentale, ove dovuto, a norma del comma 1-bis dell'[art. 13](#);

- ai sensi dell'[art. 52](#) del [D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196](#), va disposta ex officio l'omissione, in caso di diffusione del presente provvedimento, delle generalità e degli altri dati identificativi degli originari attori e del loro congiunto deceduto;

P.Q.M.

la Corte

dichiara inammissibile il ricorso;

condanna la ricorrente a rifondere alla controricorrente le spese di questo giudizio, liquidate in Euro 10.800 per compensi ed Euro 200,00 per esborsi, oltre ad accessori di legge;

ai sensi dell'[art. 13](#), comma 1-quater, del [D.P.R. n. 115 del 2002](#), dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte della ricorrente ed al competente ufficio di merito, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello versato per il ricorso incidentale a norma del comma 1-bis dello stesso articolo 13, qualora dovuto;

dispone che, ai sensi dell'[art. 52](#) del [D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196](#), in caso di diffusione del presente provvedimento siano omessi generalità ed altri dati identificativi degli originari attori e del loro congiunto.

Conclusione

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Terza Sezione Civile, in data 5 marzo 2025.

Depositato in Cancelleria il 24 aprile 2025