

Cass. Civ., Sez. III, Sentenza 23 aprile 2020, n. 8117

Claims made – test di meritevolezza – contratto assicurativo.

« In ordine alla meritevolezza, va ribadito che il modello dell'assicurazione della responsabilità civile con clausole "on claims made basis", caratterizzato dal meccanismo di operatività della polizza legato alla richiesta risarcitoria del terzo danneggiato comunicata all'assicuratore, non incide sulla funzione assicurativa (e, quindi, sulla causa in astratto del contratto), in quanto il contratto assicurativo è pur sempre volto ad indennizzare il rischio dell'impoverimento del patrimonio dell'assicurato [...]. Da siffatta collocazione del modello "claims made" nell'area della tipicità legale, consegue che, rispetto al singolo contratto di assicurazione, non si impone un test di meritevolezza degli interessi perseguiti dalle parti, ai sensi dell'art. 1322, secondo comma, c.c. (che presuppone l'atipicità), e la tutela invocabile dal contraente assicurato agisce invece sul solo piano della libera determinazione del contenuto contrattuale e della "causa concreta" del contratto (e, cioè dello scopo pratico del negozio, quale sintesi degli interessi che lo stesso negozio è concretamente diretto a realizzare), e concerne il rispetto, in detta determinazione, dei "limiti imposti dalla legge", ai sensi dell'art. 1322, comma 1, cc...».

La Corte di Cassazione con sentenza n.8117 del 23 aprile 2020 premette in termini generali che nel modello codicistico dell'assicurazione contro i danni (ex artt. 1882 e 1904-1918 c.c.), deve essere inquadrato anche il sottotipo "assicurazione della responsabilità civile". Questo è caratterizzato dalla circostanza che il sinistro sia collegato non solo alla condotta dell'assicurato – danneggiante, ma anche alla richiesta, avanzata dal danneggiato, di risarcimento per la medesima condotta. Se infatti, al comportamento asseritamente lesivo non fa seguito alcuna domanda di ristoro, non sorge alcun diritto di indennizzo e nessun obbligo di manleva. Tale sottotipo è disciplinato dall'art. 1917 c.c.: la copertura opera con esclusivo riferimento a tutte quelle condotte generatrici di domande risarcitorie, insorte nel periodo di durata del contratto, indipendentemente dalla data della richiesta risarcitoria. In questo schema deve essere ricompreso e inquadrato il contratto di assicurazione per responsabilità civile con clausola "claims made" (ovverosia, "a richiesta fatta"), caratterizzantesi per il fatto che la copertura assicurativa sia condizionata alla circostanza che il sinistro venga denunciato nel periodo di vigenza della polizza.

La Corte ritiene non vessatoria la clausola "claims made", dal momento che, subordinando l'operatività della copertura assicurativa alla circostanza che sia il fatto illecito che la richiesta risarcitoria intervengano entro il periodo di efficacia del contratto (o, comunque, entro determinati periodi di tempo preventivamente individuati), non può essere ragionevolmente qualificata come limitativa della responsabilità.

Al massimo la "claims made" è da ritenersi limitativa dell'oggetto del contratto, in quanto riguarda il contenuto e i limiti stessi della garanzia assicurativa: il suo inserimento nell'accordo contrattuale concorre a specificare il rischio garantito, con la precipua finalità di stabilire gli obblighi concretamente assunti dalle parti. Dunque, la "claims made" circoscrive la copertura assicurativa.

In ordine alla meritevolezza poi il Collegio ribadisce che il modello di assicurazione "on claims made basis", non ha alcuna incidenza sulla funzione assicurativa e, quindi, sulla causa in astratto del contratto: il contratto assicurativo è ugualmente funzionalizzato a indennizzare il rischio dell'impoverimento del patrimonio del soggetto assicurato. Questo modello ha trovato, inoltre, un espresso riconoscimento legislativo ed è stato assoggettato a una tipizzazione legale. Ne consegue che, rispetto al singolo contratto di assicurazione, non si possa imporre un test di meritevolezza degli

interessi perseguiti dalle parti, ai sensi dell'art. 1322, secondo comma, c.c e che la tutela invocabile dal contraente assicurato si spieghi solo sul piano della libera determinazione del contenuto contrattuale e della "causa concreta" del contratto (ovverosia, dello scopo pratico del negozio), concernendo il rispetto dei "limiti imposti dalla legge", ai sensi dell'art. 1322, primo comma, c.c.. Tale valutazione può investire, in termini di effettività, diversi piani, dalla fase che precede la conclusione del contratto (cioè gli obblighi informativi sul contenuto del contratto) sino a quella più strettamente esecutiva, dell'attuazione del rapporto (facoltà di recesso, da parte dell'assicuratore, al verificarsi del sinistro compreso nei rischi assicurati), con attivazione dei rimedi pertinenti ai profili implicati. Pertanto, deve essere dato massimo rilievo all'equilibrio sinallagmatico tra le prestazioni, occorrendo accertare se vi sia stato un "arbitrario squilibrio giuridico" tra rischio assicurato e premio.

SENTENZA

FATTI DI CAUSA

Con citazione 12.1.2012 OMISSIS in proprio e quali esercenti la potestà genitoriale sui minori OMISSIS convennero in giudizio dinanzi al Tribunale di Roma la OMISSIS per sentirla condannare al risarcimento dei danni subiti a seguito della condotta negligente tenuta dai sanitari della detta struttura ospedaliera in occasione dell'assistenza prestata in data 4.3.2002 alla gestante che nell'occasione aveva partorito il figlio con gravissimi postumi permanenti.

Si costituì la OMISSIS chiedendo il rigetto della domanda e l'autorizzazione a chiamare in causa le proprie compagnie assicuratrici per la responsabilità civile al fine di essere dalle stesse manlevate.

Ottenuta l'autorizzazione, si costituirono la OMISSIS e la OMISS (in co- assicurazione) nonché la OMISS, eccependo in particolare l'inoperatività delle stipulate polizze per la presenza nelle stesse di clausole c.d. "claims made".

Con sentenza 27.9.2016 l'adito Tribunale, affermata la responsabilità della convenuta struttura ospedaliera, la condannò al risarcimento in favore degli attori; rigettò, invece, per inoperatività delle polizze, la domanda di manleva proposta dalla Provincia; in particolare, al proposito, in fatto, precisò: 1) che la condotta colposa dei sanitari della Provincia si era realizzata nel marzo del 2002, mentre la richiesta risarcitoria era stata formula dalla Provincia per la prima volta nell'agosto del 2009; 2) che tra la Provincia, da una parte, e le la Compagnie assicurative OMISSIS in coassicurazione (rispettivamente per il 90% ed il 10%), dall'altra, erano state stipulate la polizza OMISSIS -efficace per il periodo 1-1-2001/31-12-2001 e rinnovata sino al 31-12-2003 (valida per le richieste di risarcimento presentate all'assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione "purché il fatto che ha dato origine alla richiesta di risarcimento sia stato commesso nel medesimo periodo od anche in epoca antecedente tale periodo ma comunque non prima di tre anni dalla data di perfezionamento del presente contratto"), nonché la polizza OMISSIS efficace per il periodo dal 31-12-2003 al 31-12-2005 (contenente analoga clausola); 3) che tra la Provincia e la Compagnia assicurativa era stata stipulata la polizza efficace per il periodo 31-12-2005/ 31-12-2008, rinnovata sino al maggio 2009, valida per le richieste di risarcimento presentate all'assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione "a condizione che tali richieste siano conseguenti a fatti colposi posti in essere durante il periodo di validità della garanzia e anche in data antecedente l'effetto della presente polizza e comunque non prima del 31-12-2000 "; ciò precisato in fatto, ritenne non

vessatorie le clausole "claims made" contenute nelle tre polizze in questione, atteso che nelle stesse la copertura era estesa ai fatti commessi nei tre anni precedenti la data di perfezionamento dei contratti, così ampliandosi l'obbligo di garanzia (c.d. clausola "claims made" con garanzia pregressa); al riguardo evidenziò che, in tal caso, infatti, il sinallagma contrattuale, pur operando sicuramente con minore incisività nel periodo finale di validità della polizza con riferimento ai comportamenti posti in essere nel relativo arco temporale, continuava invece ad operare per le richieste di risarcimento relative a comportamenti posti in essere nel periodo anteriore l'inizio di efficacia della polizza.

Con sentenza 3234/2018 del 15.05.2018 la Corte d'Appello di Roma ha rigettato il gravame della Provincia e confermato l'impugnata sentenza.

In particolare la Corte, dopo avere precisato (riportando in sintesi la statuizione di primo grado) il contenuto delle specifiche polizze in questione, ha ribadito la validità e l'efficacia delle clausole "claims made" presenti nelle stesse, che ha ritenuto immuni da censure di vessatorietà ed immeritevolezza. Nello specifico, al riguardo, con riferimento alla polizza OMISSIS, dopo avere ribadito le su riportate argomentazioni del primo Giudice, ha ritenuto valida ed efficace la clausola, così come strutturata, anche perché: 1) doveva comunque considerarsi esistente il rischio (la consapevolezza, da parte dell'assicurato, si aveva, infatti, solo al momento dell'inoltro della richiesta risarcitoria da parte del danneggiato); 2) la clausola doveva ritenersi diretta ad individuare l'oggetto del contratto; 3) le parti avevano valutato, in concreto, la convenienza e l'opportunità di pervenire alla stipulazione di accordi quali quelli in questione (la Provincia, che da anni sottoscriveva garanzie per la responsabilità civile, era infatti ben conscia di come operavano le garanzie stipulate e non vi era alcuna forma di imposizione da parte di un contraente più forte); 4) non era emersa in alcun modo la ragione per la quale la Provincia- aveva stipulato, per il periodo successivo al 31-12-2005, nuova polizza con diversa Compagnia (la OMISSIS), sicché non poteva ipotizzarsi un uso strumentale della facoltà di recesso da parte della Compagnia; 5) al momento della denuncia dell'evento assicurato (agosto 2009), la polizza non era, quindi, più operativa.

Con riferimento, poi, alla polizza Carige (OMISSIS) ha ribadito la non operatività della stessa, atteso che, sebbene l'evento dannoso (accaduto nel marzo 2002) rientrasse nel periodo retroattivo di copertura (1-1-2001/30-5-2009), la richiesta di danno era stata avanzata nell'agosto del 2009, oltre il termine ultimo di validità della garanzia (maggio 2009); la clausola claims made doveva ritenersi, anche in tal caso, non vessatoria (per le ragioni già esposte) e, sebbene carente di una copertura postuma (e cioè della possibilità di una denuncia oltre il periodo di efficacia), anche esente dalla censura di immeritevolezza, atteso che oggetto dell'assicurazione non poteva ritenersi l'evento dannoso (il fatto sinistro-danno) ma il fatto sinistro-denuncia: al riguardo ha quindi osservato che nell'ultimo giorno di validità di una polizza "claims made" possono verificarsi sinistri-denunce afferenti a tutto il periodo pregresso (e quindi anche ad un fatto storico verificatosi molti anni prima), sicché la copertura offerta dalla "claims made" all'ultimo giorno di validità è assolutamente identica a quella offerta al primo giorno ..

Avverso detta sentenza la Provincia OMISSIS propone ricorso per Cassazione, affidato a quattro motivi ed illustrato anche da successiva memoria.

OMISSIS e OMISSIS anche quale avente causa della OMISSIS resistono con separati controricorsi, anch'essi illustrati da successiva memoria.

RAGIONI DELLA DECISIONE

Con il primo motivo la ricorrente, denunciando -ex art. 360 n. 3 cpc- violazione e falsa applicazione degli art. 1362, 1341, comma 2, 1917 e 1882 cc, sostiene la vessatorietà, e quindi l'inefficacia, della "condizione speciale" ("claims made") contenuta in tutte le polizze in questione, per non essere stata specificamente sottoscritta; ribadisce, quindi, la validità di tutte le polizze e l'idoneità delle stesse a garantire il sinistro in questione, intervenuto entro il tempo dell'assicurazione di cui all'art. 1917 cc; in particolare sostiene la natura di "condizione" della "claims made", essendo la fornitura della garanzia assicurativa condizionata all'avverarsi di una circostanza (la richiesta di risarcimento) non gestibile dalle parti, in quanto proveniente da un terzo; nella specie detta clausola limitava l'oggetto del contratto, ed era quindi da ritenersi vessatoria; tanto anche perché derogava alla disciplina di cui all'art. 1917 cc, aggravando la posizione contrattuale dell'assicurato e determinando così uno "squilibrio" dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto; il "fatto" (o, meglio, la responsabilità dell'assicurato in ordine al "fatto") costituiva l'oggetto del contratto/polizza, mentre la richiesta di risarcimento doveva ritenersi mera condizione apposta in polizza e non poteva assurgere ad "oggetto" del contratto; la ricorrente si duole, inoltre, che la Corte territoriale abbia ritenuto, in base a mere congetture, l'assicurato consapevole dei meccanismi della clausola "claims made".

Con il secondo motivo la ricorrente, denunciando - ex art. 360 n. 3 cpc- violazione e falsa applicazione dell'art. 1322, comma 2, cc, con riferimento specifico alla polizza OMISSIS si duole che la Corte territoriale, sull'erroneo presupposto che la clausola "claims made" sia stata voluta dalla Provincia nella consapevolezza della convenienza della stessa, abbia sostenuto la "meritevolezza" della clausola "claims made".

Con il terzo motivo la ricorrente, denunciando -ex art. 360 n. 3 cpc- violazione e falsa applicazione degli artt. 1322, comma 2, cc e 1932 cc, sostiene che la clausola "claims made" che esclude le richieste postume sia immeritevole di tutela, sia in quanto attribuisce all'assicuratore un vantaggio ingiusto e sproporzionato senza contropartita sia in quanto pone l'assicurato in una posizione di indeterminata soggezione rispetto all'assicuratore, facendo dipendere la prestazione di quest'ultimo da un evento futuro ed incerto (la richiesta di risarcimento proveniente da un terzo) non ascrivibile all'assicurato.

Con il quarto motivo la ricorrente, denunciando - ex art. 360 n. 4 cpc- violazione dell'art. 112 cpc, si duole che la Corte territoriale non si sia pronunciata in ordine alla polizza 3853.

I motivi, da esaminare congiuntamente in quanto tra loro connessi, sono infondati.

In linea con le recenti pronunce di questa S.C. a sezioni unite (9140/2016 e 22437/2018), va innanzitutto premesso, in termini generali, che, nel corpo del tipo "assicurazione contro i danni" (artt. 1882 e 1904-1918 cc), si inquadra il sottotipo "assicurazione della responsabilità civile", caratterizzato dalla circostanza che il sinistro, delle cui conseguenze patrimoniali l'assicurato intende traslare il rischio sul garante, è collegato non solo alla condotta dell'assicurato danneggiante ma anche alla richiesta, avanzata da l danneggiato, di risarcimento per detta condotta; ove, infatti, al comportamento lesivo non faccia seguito alcuna domanda di ristoro, non sorge ovviamente nessun

diritto di indennizzo e, specularmente, nessun obbligo di manleva; siffatto sottotipo, delineato dall'art. 1917 cc, è improntato al sistema "loss occurrence" o "act committed" (e cioè della "insorgenza del danno"), ove la copertura opera, come evidente dal tenore letterale del menzionato art. 1917, comma 1, cc, in relazione a tutte le condotte generatrici di domande risarcitorie insorte nel periodo di durata del contratto, indipendentemente dalla data della richiesta risarcitoria; siffatto modello codicistico, tuttavia, non essendo l'art. 1917, comma 1, c.c., menzionato dall'art. 1932 cc tra le norme inderogabili, non è intangibile, sicchè è consentito alle parti, nell'esercizio della loro facoltà di determinare il contenuto del contratto (art. 1322, comma 1cc), modulare l'obbligo del garante di tenere indenne il garantito; nell'ambito di detta determinazione del contenuto contrattuale va inquadrato il contratto di assicurazione per responsabilità civile con clausola "claims made" (e, cioè, "a richiesta fatta"), che si caratterizza per il fatto che la copertura assicurativa è condizionata alla circostanza che il sinistro venga denunciato (dal danneggiato all'assicurato e da questi all'assicurazione) nel periodo di vigenza della polizza (o anche in un delimitato arco temporale successivo, ove sia pattuita la c.d. "sunset clause"); detta clausola "claims made", a sua volta, può essere "pura", se la copertura assicurativa è condizionata solo alla circostanza che il sinistro venga denunciato nel periodo di vigenza della polizza, indipendentemente dalla data di commissione del fatto illecito; oppure "impura" (o "mista"), se la copertura assicurativa è condizionata alla circostanza che sia la denuncia sia il fatto illecito intervengano nel periodo di efficacia del contratto (con retrodatazione, in alcuni casi, alle condotte poste in essere anteriormente; in genere due o tre anni dalla stipula del contratto).

Ciò precisato in termini generali, va poi evidenziato, in particolare, che, per quanto concerne la sostenuta vessatorietà, nel contratto di assicurazione della responsabilità civile la clausola che subordina l'operatività della copertura assicurativa alla circostanza che tanto il fatto illecito quanto la richiesta risarcitoria intervengano entro il periodo di efficacia del contratto, o comunque entro determinati periodi di tempo preventivamente individuati (e, cioè, la clausola "claims made" mista o impura), non è vessatoria, in quanto non può essere qualificata come limitativa della responsabilità, per gli effetti dell'art.1341 cc (Cass. s.u. 9140/2016).

Una clausola, invero, è limitativa di responsabilità quando limita le conseguenze della colpa o dell'inadempimento o esclude il rischio garantito, e cioè esclude una responsabilità che, rientrando nell'oggetto del contratto, sarebbe altrimenti (in mancanza appunto della clausola) insorta; la clausola, "claims made", invece, è da ritenersi limitativa dell'oggetto del contratto, in quanto riguarda il contenuto ed i limiti stessi della garanzia assicurativa, atteso che la stessa specifica il rischio garantito, allo scopo di stabilire gli obblighi concretamente assunti dalle parti; in altre parole, la clausola in questione circoscrive la copertura assicurativa in dipendenza di un fattore temporale aggiuntivo rispetto al dato costituito dall'epoca in cui è stata realizzata la condotta lesiva, e stabilisce quali siano, rispetto all'archetipo fissato dall'art.1917 cc, i sinistri indennizzabili, così venendo a delimitare l'oggetto, piuttosto che la responsabilità (Cass. 17783/2014; Cass. S.U. 9140/2016).

In ordine, poi, alla meritevolezza, va ribadito che il modello dell'assicurazione della responsabilità civile con clausole "on claims made basis", caratterizzato dal predetto meccanismo di operatività della polizza legato alla richiesta risarcitoria del terzo danneggiato comunicata all'assicuratore, non incide sulla funzione assicurativa (e, quindi, sulla causa in astratto del contratto), in quanto il contratto assicurativo è pur sempre volto ad indennizzare il rischio dell'impoverimento del patrimonio

dell'assicurato; siffatto modello, già ampiamente diffuso nell'ambito del mercato assicurativo (anche internazionale), ha trovato, peraltro, di recente, espresso riconoscimento legislativo (con particolare riferimento all'art. 11 L. 24/2017 e 3, comma 5, d.l. 138/2011, convertito con modificazioni in L. 148/2011, come novellato dall'art. 1, comma 26, L. 124/2017), ed è divenuto, pertanto, legalmente tipico; dette disposizioni, infatti, nell'imporre l'obbligatorietà (per le strutture sanitarie) dell'assicurazione per la responsabilità civile, prevedono, al riguardo, un meccanismo non legato al "fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione", di cui al primo comma dell'art. 1917 cc (le dette norme stabiliscono, infatti, tra l'altro, una operatività temporale della garanzia anche per gli eventi accaduti nei dieci anni antecedenti la conclusione del contratto, purchè denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza, e, in caso di cessazione definitiva dell'attività professionale, prevedono un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi); da siffatta collocazione del modello "claims made" nell'area della tipicità legale, consegue che, rispetto al singolo contratto di assicurazione, non si impone un test di meritevolezza degli interessi perseguiti dalle parti, ai sensi dell'art. 1322, secondo comma, c.c. (che presuppone l'atipicità), e la tutela invocabile dal contraente assicurato agisce invece sul solo piano della libera determinazione del contenuto contrattuale e della "causa concreta" del contratto (e, cioè dello scopo pratico del negozio, quale sintesi degli interessi che lo stesso negozio è concretamente diretto a realizzare), e concerne il rispetto, in detta determinazione, dei "limiti imposti dalla legge", ai sensi dell'art. 1322, comma 1, cc; siffatto test, necessario per ogni intervento conformativo sul contratto inerente al tipo (in ragione del suo farsi concreto regolamento dell'assetto di interessi perseguiti dai contraenti), può investire, in termini di effettività, diversi piani, dalla fase che precede la conclusione del contratto (v. obblighi informativi sul contenuto del contratto) sino a quella dell'attuazione del rapporto (v. facoltà di recesso, da parte dell'assicuratore, al verificarsi del sinistro compreso nei rischi assicurati), con attivazione dei rimedi pertinenti ai profili implicati; a tal fine va dato massimo rilievo all'equilibrio sinallagmatico tra le prestazioni, occorrendo accertare se vi sia stato un "arbitrario squilibrio giuridico" tra rischio assicurato e premio (Cass. 22437/2018); siffatti principi sono stati, peraltro, di recente confermati da Cass. 30309/2019, emessa tra la OMISS e la Provincia ed avente ad oggetto la polizza 3853.

Nella specie la Corte territoriale, in corretta applicazione dei su esposti principi, ha esattamente ritenuto valide le clausole "claims made" contenute nelle polizze in questione (tutte esaminate dalla Corte medesima, atteso sia il rinvio alla sentenza di primo grado sia la sostanziale identità tra la polizza OMISSIS e la OMISSIS, escludendo di conseguenza l'operatività delle polizze stesse; nello specifico correttamente ha ritenuto valida anche la polizza OMISSIS, atteso che la stessa, pur non prevedendo una copertura per denunce successive al periodo di efficacia (e cioè una copertura postuma), comprendeva nella garanzia anche condotte relative ad un lungo periodo precedente la stipulazione, sicchè doveva ritenersi che la clausola claims made offriva una tutela anche nel suo ultimo giorno di validità (o comunque nel suo periodo finale), in virtù del fatto che proficuamente anche l'ultimo giorno poteva essere presentata una richiesta di danno afferente a periodo pregresso; in particolare, poi, la Corte d'Appello ha valutato la sussistenza, in entrambe le parti, della consapevolezza sul modo con il quale operavano le polizze dalle stesse sottoscritte, ed ha escluso sia un uso strumentale della facoltà di recesso sia una imposizione del contenuto ad opera del contraente forte; siffatte valutazioni, implicando questioni di fatto, sono insindacabili in sede di legittimità, se non nei ristretti limiti di cui alla nuova formulazione dell'art. 360 n. 5 cpc, non

invocato dalla ricorrente; inammissibili sono, di conseguenza, i rilievi, formulati in ricorso, in ordine alla nullità della clausola "claims made" per violazione del principio di buona fede.

In conclusione, pertanto, il ricorso va rigettato.

In considerazione dell'intervento di questa S.C. a sezioni unite con la sentenza 22437 del 24 settembre 2018 dopo la proposizione del ricorso (17-7-2018), si ritiene sussistano giusti motivi per dichiarare compensate tra le parti le spese di lite relative al presente giudizio di legittimità.

Ai sensi dell'art. 13, comma 1 quater, dpr 115/2002, poiché il ricorso è stato presentato successivamente al 30-1-2013 ed è stato rigettato, si dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte del ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso, a norma del comma 1 bis del cit. art. 13.

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso; dichiara compensate tra le parti le spese relative al presente giudizio di legittimità; dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte del ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso.

Così deciso in Roma il 13.12.2019.



DE IUSTITIA
RIVISTA GIURIDICA