

A.I.D.A.

ASSOCIAZIONE INTERNAZIONALE DI DIRITTO DELLE ASSICURAZIONI – SEZIONE EMILIA ROMAGNA

A.I.D.A.

Emilia

Romagna

LA RIVISTA
N. I/2021

Indice

Saggi

- CLAUDIO PERRELLA, DANIELE D'ANTONIO, *Spese di resistenza, copertura assicurativa e clausola di gestione della lite: il punto sulle ultime pronunce della giurisprudenza.* 3
- CLAUDIO PERRELLA, DANIELE D'ANTONIO, *Clausole claims made: il test della Cassazione al vaglio della giurisprudenza di merito.* 13
- PIETRO NISI, FRANCESCO MASCOLO, *Covid-19: le misure da adottare per garantire la sicurezza sui luoghi di lavoro e i potenziali riflessi assicurativi.* 27
- EDOARDO ITALIANO, *L'assorbimento del debito pubblico "pandemico" italiano da parte del MES nei confronti degli investitori istituzionali.* 30
- CARLA BONACCI, *Il Provvedimento IVASS n. 97/2020.* 35

Giurisprudenza al vaglio

- Cassazione Civile, sez. V, ordinanza del 27 agosto 2020, n. 17912: *la clausola risolutiva espressa non ha carattere vessatorio.* 37
- Tribunale di Bologna, sez. III, sentenza 14 novembre 2019, n. 2453: *è onere del soggetto danneggiato provare che il rischio avvertatosi rientri nei rischi inclusi nella copertura assicurativa.* 42
- Cassazione Civile, sez. III, sentenza del 10 novembre 2020, n. 26164: *danno alla salute, danno morale, il sistema di personalizzazione e le Tabelle di Milano.* 50

Note dalla Redazione di AIDA Emilia Romagna

- Il Provvedimento IVASS n. 101/2020.* 61
- L'IVASS e le conseguenze della Brexit nel settore assicurativo.* 63

Saggi

CLAUDIO PERRELLA, DANIELE D'ANTONIO

SPESE DI RESISTENZA, COPERTURA ASSICURATIVA E CLAUSOLA DI GESTIONE DELLA LITE: IL PUNTO SULLE ULTIME PRONUNCE DELLA GIURISPRUDENZA

SOMMARIO — 1. Introduzione — 2. Disciplina di riferimento — 3. Validità ed operatività della clausola di gestione della lite — 4. Le conseguenze della qualificazione delle spese di resistenza come obbligo di salvataggio — 5. Prescrizione del diritto dell'assicurato alla rifusione delle spese — 6. Conclusioni.

1. Introduzione

Alcune recenti decisioni della Cassazione permettono di fare il punto su una questione di un certo rilievo pratico, ossia il rimborso delle spese di resistenza da parte dell'assicuratore della responsabilità civile, nonché sui requisiti necessari per la operatività e validità di una pattuizione regolarmente presente nelle polizze di assicurazione adottate nel mercato italiano (ed in numerose altre giurisdizioni), ossia la cd. clausola di gestione della lite.

Il quadro attuale può essere riassunto come segue.

2. Disciplina di riferimento

La norma di riferimento in materia di rimborso delle spese di resistenza da parte dell'assicuratore è costituita dall'articolo 1917 terzo comma c.c., che recita: Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

Tale disposizione è stata ripetutamente oggetto di valutazione da parte della nostra giurisprudenza – da ultimo, in tempi molto recenti.

La posizione raggiunta dalle nostre Corti (più di recente, si veda l'ordinanza n. 10595 della Corte di Cassazione, III Sezione Civile, relatore dott. M. Rossetti, depositata in data 4 maggio 2018, e negli stessi termini anche in tempi recentissimi l'ordinanza n. 18076 della Cassazione, VI Sezione Civile, relatore dott. Iannello, depositata in data 31 agosto 2020) è riassumibile come segue.

Sono possibili tre esborsi ai quali l'assicurato è esposto per effetto di un giudizio:

- le spese di soccombenza, ossia quelle che in caso di condanna vanno rifeuse alla parte vittoriosa;
- le spese di resistenza, sostenute per remunerare il difensore ed eventualmente i consulenti resistendo alla pretesa del danneggiato;
- le spese di chiamata in causa della compagnia, al fine di richiedere la manleva dalle pretese del terzo.

Le spese di soccombenza costituiscono una conseguenza del fatto illecito commesso dall'assicurato, e vanno rifeuse anche in eccedenza del limite del quarto della somma assicurata.

Le spese di resistenza vanno sempre rimborsate, applicando però il limite del quarto della somma assicurata.

Le spese sostenute dall'assicurato per svolgere la chiamata in causa del proprio assicuratore non costituiscono né spese di resistenza, né di salvataggio, e vanno liquidate dal giudice in base al principio della soccombenza (quindi seguono l'ordinaria regolamentazione delle spese di lite).

Inoltre:

- l'assicuratore risponde delle spese di resistenza sostenute dall'assicurato anche quando la domanda del terzo venga rigettata, perché la difesa dell'assicurato in tal caso si è svolta anche nell'interesse dell'assicuratore (Cass. n. 3638 del 2013; Cass. n. 5300 del 2008; Cass. n. 4554 del 1985; Cass. n. 2227 del 1977);
- se viene accolta la domanda di risarcimento verso l'assicurato, ma non quella dell'assicurato verso l'assicuratore per carenza della copertura assicurativa, la compagnia non risponde delle spese di giudizio.

3. Validità ed operatività della clausola di gestione della lite

Un certo numero di decisioni ha avuto ad oggetto gli effetti della clausola di gestione della lite, frequentemente rinvenibile nei testi delle polizze assicurative più diffuse nel mercato.

La giurisprudenza di regola afferma che la compagnia, anche qualora non gestisca direttamente la lite, è tenuta a rimborsare all'assicurata le somme versate per resistere all'azione del danneggiato, in quanto l'art. 1917 co. 3 c. c. applicabile in specie non distingue l'ipotesi in cui l'assicuratore assuma o meno la gestione ed ha carattere inderogabile per effetto del richiamo contenuto all'art. 1932 c.c.

Inoltre, si ritiene in genere che tali spese rientrino nel novero di quelle dovute *ex art. 1914 c.c.*, che impone all'assicuratore di farsi carico delle c.d. spese di salvataggio, ovvero quei costi sostenuti dall'assicurato per “*evitare o diminuire il danno*” a carico dell'assicuratore (la qualificazione delle spese di resistenza come applicazione dell'obbligo di salvataggio *ex art. 1914 c.c.* è ormai costante: da ultimo Cassazione sez. III, sentenza del 09/04/2015 n. 7087).

Una fattispecie particolare ricorre tuttavia in relazione alle clausole che stabiliscono che la compagnia non riconosce il rimborso di spese sostenute dall'assicurato per legali o tecnici che non siano stati designati dalla stessa compagnia.

Il quadro giurisprudenziale esistente in relazione a simili pattuizioni non è univoco.

Alcune pronunce di merito (ad esempio, di recente, Tribunale di Napoli 16 febbraio

2018) tendono ad escludere la validità di tale clausola, per effetto della natura imperativa del disposto dell'articolo 1917, c. 3, c.c. nonché della considerazione che clausole limitative della facoltà di scelta del legale da parte dell'assicurato sarebbero in contrasto con l'art. 24 Cost. e con la giurisprudenza della Corte di Giustizia Europea.

Viceversa, si rinvencono anche rilevanti sentenze di segno contrario. La Corte d'Appello di Roma, ad esempio, con sentenza del 30 marzo 2010, ha statuito che la violazione del patto di gestione della lite non limita il diritto dell'assicurato ad essere tenuto indenne dalle spese di soccombenza, ma incide sul diritto al rimborso delle spese sostenute per resistere alla richiesta di risarcimento (nello stesso senso, Tribunale di Roma 19 giugno 2013).

Il Tribunale di Milano (Sez. XII, 21 settembre 2017, n. 9507/2017), pronunciandosi sulla validità di una clausola che imponeva all'assicurato la scelta del legale all'interno di un apposito elenco previamente concordato tra la compagnia assicuratrice e la contraente, ha evidenziato che la statuizione di cui all'art. 24 della Costituzione, secondo cui “(...) *La difesa è diritto inviolabile in ogni stato e grado del procedimento*”, implica che il diritto di difesa debba essere considerato inderogabile, ma “*nulla preclude una contrattualizzazione dello stesso nel senso (non di escludere tout court l'aspetto fiduciario che necessariamente connota un simile mandato, bensì) di regolare l'esercizio di tale diritto*”.

Sulla base di tale premessa, il Tribunale è giunto alla conclusione che la clausola che impone all'assicurato la selezione del difensore sulla base di un elenco “*appare meritevole di tutela, perché comunque, nel momento in cui l'assicurazione si espone al pagamento delle spese di resistenza dell'assicurato, la stessa ha evidente ragione di porsi il problema che la difesa tecnica dell'assicurato sia svolta da un professionista scelto all'interno di un consistente insieme che goda anche della fiducia della prima, che sarà poi tenuta a pagarlo*”.

Tra le pronunce rese in materia dalla Suprema Corte, si registra Cassazione n. 7087/2015, che in una fattispecie in cui la compagnia aveva ommesso di designare propri fiduciari e l'assicurata aveva nominato i propri legali, ha ritenuto che le spese di resistenza rientrassero in copertura.

Di segno sostanzialmente contrario, però, è la successiva pronuncia della Cassazione 2016/23180, che ha condiviso le conclusioni raggiunte da Tribunale e Corte d'Appello di Torino secondo cui l'inadempimento dell'assicurato all'obbligo

di richiedere il consenso alla nomina del suo difensore può comportare la perdita del diritto all'indennizzo delle spese sostenute per la remunerazione del legale.

La stessa Suprema Corte (Cass. 5479/2015), inoltre, ha escluso il diritto dell'assicurato alla rifusione delle spese di resistenza solo perché l'art. 24 Cost. gli attribuisce il diritto di difendersi in giudizio, affermando che non va confuso “*il diritto di difendersi in giudizio, oggetto di copertura costituzionale, con quello di farlo a spese altrui, che copertura costituzionale non ha*”.

Da ultimo, la Cassazione è intervenuta con una sentenza (n. 4202 del 19 febbraio 2020) che sembra destinata a mettere un punto fermo nel senso della piena efficacia e validità della pattuizione.

La decisione si è soffermata, tra l'altro, su un punto ricorrente e di notevole rilievo sotto il profilo pratico, ossia la condotta tenuta dall'assicurato che abbia deciso di non avvalersi dell'atto di gestione della lite, procedendo autonomamente alla nomina di un proprio legale fiduciario.

La Corte, nel confermare le valutazioni già espresse dalla Corte d'Appello di Cagliari, ha ribadito la compatibilità del patto di gestione della lite con la previsione di cui all'articolo 1917 terzo comma c.c., poiché “*con il patto si realizza comunque lo scopo voluto dalla norma, che è quello di tenere indenne l'assicurato dalle spese di resistenza in giudizio*”; ha chiarito inoltre che il diniego di rimborso diviene giustificato ove l'assicurato decida di non avvalersi della difesa offerta dalla compagnia “*trattandosi di ragionevole corollario di quel patto volto a tutelare il sinallagma contrattuale*”.

La Corte ha dunque ritenuto che, nel caso sottoposto al suo esame, la piena operatività del patto andasse affermata alla luce della statuizione contenuta nella sentenza impugnata che l'assicurato “*decideva di non valersi della clausola del patto di gestione della lite*”.

Una fattispecie in qualche modo peculiare, ma non infrequente, è stata valutata nella sentenza della Corte d'Appello di Venezia del 21 novembre 2019, in un giudizio in cui l'assicurato aveva dedotto l'infondatezza del rifiuto della compagnia di rifondere le spese per l'assistenza prestata da un legale da essa non designato.

Nel caso di specie, l'assicurato appellante aveva dedotto che la scelta del legale a cui si era rivolto per la difesa in giudizio era stata inizialmente condivisa da parte della compagnia, che aveva tuttavia revocato il consenso allorquando era stata chiamata in causa.

La Corte ha ritenuto che l'obbligo di corrispondere le spese di resistenza non poteva ritenersi venuto meno in conseguenza dell'iniziativa processuale dell'assicurato consistita nella chiamata in causa dell'assicuratore, poiché *“la chiamata in causa è facoltà inderogabile a svantaggio dell'assicurato (per effetto del combinato disposto degli articoli 1917 quarto comma 1932 c.c. sì che il suo esercizio non può pregiudicare il diritto al rimborso delle spese di resistenza”*.

Le conclusioni cui è pervenuta la Corte d'Appello sono state avvalorate dal fatto che non vi erano divergenze tra assicuratore ed assicurato in ordine alla sussistenza dell'entità della copertura, né in ordine alla linea difensiva da contrapporre alla pretesa risarcitoria del terzo.

Non solo, ma a quanto si ricava dal riepilogo in fatto, il legale originariamente nominato dall'assicurata era stato in qualche modo approvato dalla compagnia pur non essendo un fiduciario, e tale benestare era stato dato per assecondare le richieste dell'assicurato stesso.

La decisione riflette alcune peculiarità presenti nel caso sottoposto all'esame della Corte, ed evidenzia l'importanza e la delicatezza della fase che precede la nomina del legale, e la eventuale concertazione che sul punto avviene tra assicuratore ed assicurato.

4. Le conseguenze della qualificazione delle spese di resistenza come obbligo di salvataggio

Come anticipato, l'obbligo della compagnia di corrispondere le spese di resistenza viene tradizionalmente ritenuto applicazione dell'articolo 1914 c.c., che recita *“L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno. Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato sono a carico dell'assicuratore (...) salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente”*.

Da tale premessa derivano alcune rilevanti conseguenze.

In primo luogo, l'assicurato non ha diritto sempre e comunque alla rifusione da parte dell'assicuratore delle spese sostenute per resistere all'azione del terzo danneggiato ai sensi dell'articolo 1917, comma 3, c.c.

Al contrario, tale diritto deve escludersi quando sia dimostrabile che le spese sostenute potevano ragionevolmente essere evitate, o quantomeno ridotte.

Non solo, ma la Cassazione ha chiarito che anche il contratto di assicurazione, come tutti i contratti, deve essere eseguito con correttezza (art. 1175 c.c.) e buona fede (art. 1375 c.c.), e tali doveri impongono al creditore di non aggravare inutilmente, e senza propria necessità, la posizione del debitore.

Sulla scorta di tale impostazione è dunque possibile eccepire all'assicurato il mancato rispetto del principio della ragionevolezza dei costi di difesa (e la conseguente legittimazione dell'assicuratore a rifiutare il rimborso integrale degli importi), e che in particolare si possa senz'altro opporre all'assicurato di aver operato in modo incauto e del tutto noncurante della dilatazione delle spese.

In particolare, si potrà chiedere:

1. conferma del fatto che sono stati richiesti preventivi a più professionisti in modo da operare una comparazione;
2. che siano stati chiesti e ricevuti prospetti analitici dell'assistenza prestata dagli studi coinvolti;
3. che si sia chiesto conto dell'incremento delle spese e si sia vigilato sul rispetto delle tariffe professionali.

Va poi aggiunto che, inquadrando le spese di resistenza come esborsi sostenuti per mitigare o ridurre l'esposizione della compagnia, si profila una situazione particolare per le spese del procedimento penale, nel quale ciò che è in gioco non è tanto o solo l'obbligo risarcitorio dell'assicurato che si riverbera sull'assicuratore, bensì il rischio di condanna dell'assicurato.

In relazione ad un procedimento penale, le spese di resistenza in senso stretto sarebbero dunque a rigore solo quelle per resistere alla richiesta di risarcimento ad opera del danneggiato che si è costituito parte civile, non quelle relative alle difese per contrastare l'applicazione della sanzione penale.

Su tali profili è intervenuta di recente Cassazione Sez. III Sent., 18/01/2016, n. 667 Chubb Insurance Company c. Edipower Spa, affermando che l'obbligazione dell'assicuratore della responsabilità civile di tenere indenne l'assicurato delle spese erogate per resistere all'azione del danneggiato, ai sensi dell'art. 1917, comma 3, c.c., ha natura accessoria rispetto all'obbligazione principale e trova limite nel

perseguimento di un risultato utile per entrambe le parti, interessate nel respingere la detta azione.

Ne consegue che l'assicuratore è obbligato al rimborso delle spese del procedimento penale promosso nei confronti dell'assicurato solo quando intrapreso a seguito di denuncia o querela del terzo danneggiato o nel quale questi si sia costituito parte civile.

In applicazione di tale principio la Corte ha cassato la sentenza di merito che aveva ritenuto rimborsabili le spese sostenute dalla società assicurata per le difese dei propri amministratori e sindaci, indagati in un procedimento penale non attivato su istanza di parte e conclusosi con archiviazione).

5. Prescrizione del diritto dell'assicurato alla rifusione delle spese

Come noto, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni *ex art. 2952, comma 2, c.c.*

Non dovrebbe esserci dubbio che il termine si applichi anche al diritto all'indennizzo delle spese di resistenza.

Con riguardo al *dies a quo*, ossia il momento a partire del quale il termine biennale decorre e la prescrizione va interrotta, una significativa recente sentenza della Cassazione (Cass. Civ., Sez. III, 29 febbraio 2016, n. 3899) si è pronunciata specificamente sul punto.

La Corte ha evidenziato che la garanzia relativa all'indennizzo delle spese di resistenza ha ad oggetto il rimborso di una perdita pecuniaria; pertanto, è inquadrabile come assicurazione contro le perdite pecuniarie, non come assicurazione di responsabilità.

La conseguenza è che il diritto alla rifusione delle spese di resistenza può essere fatto valere dall'assicurato nel momento stesso in cui sorge il debito del pagamento dell'onorario al suo legale.

Precisamente, ad avviso della Suprema Corte – al contrario di quanto previsto per la fattispecie di cui al comma 1, che necessita di richiesta risarcitoria da parte del terzo oltre ad essere sottoposta all'effetto sospensivo *ex art. 2952, comma 4 c.c.* –, per esercitare il diritto alla rifusione delle spese di resistenza “*l'assicurato non ha ovviamente necessità di attendere alcuna richiesta da parte di terzi; il suo diritto*

può essere fatto valere nel momento stesso in cui sorge il debito dell'assicurato di pagamento dell'onorario al legale, e quindi al più tardi al momento di ultimazione della prestazione professionale; infine, per definizione il debito dell'assicurato verso il legale è di pronta liquidazione, essendo regolato dalla tariffa forense. Ne consegue che, essendo il debito dell'assicurato verso i legali che l'hanno assistito liquido ed esigibile a partire dal momento di esecuzione dell'incarico professionale, è da tale momento che l'assicurato può far valere il suo diritto alla rifusione delle spese di resistenza”.

Nella parte introduttiva delle motivazioni della sentenza in esame, la Cassazione ha poi ribadito che *“l’interruzione della prescrizione è atto che richiede la forma scritta ed il contenuto d’una costituzione in mora”*, ritenendo che nel caso di specie non vi fosse alcuna prova di tali elementi, e che in particolare non potessero ricavarsi dalla condotta delle parti (una presunta acquiescenza/ricognizione di debito ad opera della compagnia).

6. Conclusioni

La rassegna della giurisprudenza esistente permette di individuare alcuni punti che posso ritenersi oggi consolidati.

La giurisprudenza ha precisato in modo ormai piuttosto netto che la clausola in virtù della quale l'assicuratore subordina il pagamento delle spese legali di resistenza alla circostanza che venga individuato un fiduciario della compagnia, o quantomeno la scelga avvenga di concerto con la compagnia, è valida ed ammissibile in quanto non confligge con il divieto posto dall'articolo 1932 c.c.

Il principio è invero ragionevole, poiché sembra legittimo ritenere che l'assicurato che preferisce avvalersi di propri legali, in presenza di una chiara pattuizione di polizza che per tale eventualità preclude il rimborso delle spese di resistenza, di fatto rinuncia preventivamente al recupero di tali spese.

L'assicurato in effetti non viene privato del diritto di difendersi, poiché la compagnia potrebbe porre a disposizione dello stesso propri fiduciari in grado di assisterlo, ma consapevolmente opta per il ricorso a legali diversi, dei cui costi finisce dunque per farsi carico.

Nella valutazione delle conseguenze legate alla scelta del legale da parte dell'assicurato non si potrà in ogni caso prescindere dalle specificità del singolo caso.

Assumerà dunque di regola rilievo la circostanza che la nomina del legale sia stata preceduta da accordi tra assicurato ed assicuratore o abbia in qualche modo fatto oggetto di concertazione.

Potrà assumere rilievo anche la circostanza (che frequentemente ricorre nella pratica) che il quantum oggetto del contenzioso ecceda in modo più o meno significativo il massimale di polizza, oppure l'eventualità (anch'essa piuttosto ricorrente) che l'assicurato che si difende in giudizio formuli una domanda riconvenzionale per fatti che esorbitano dalla copertura assicurativa.

Profili delicati possono infine ricorrere allorquando il tema delle spese di resistenza si pone con riguardo a procedimenti in sede penale, tenuto anche conto del fatto che spesso la gestione dell'attività difensiva in tale sede è ispirata anche all'obiettivo di determinare una possibile prescrizione del reato, evitando di optare per patteggiamenti o riti alternativi.

CLAUDIO PERRELLA, DANIELE D'ANTONIO

CLAUSOLE *CLAIMS MADE*: IL TEST DELLA CASSAZIONE AL VAGLIO
DELLA GIURISPRUDENZA DI MERITO

SOMMARIO — 1. Introduzione — 2. Il test di “idoneità” tracciato dalla Corte —
3. Le ultime recenti pronunce della Corte — 4. Possibili criticità
nell’applicazione del test della Cassazione — 5. Il test di idoneità al vaglio
della giurisprudenza di merito — 6. Conseguente derivanti da una
declaratoria di inidoneità — 7. Conclusioni.

1. *Introduzione*

Come noto, la clausola *claims made* è stata oggetto di diverse valutazioni ad opera della Suprema Corte, che si è pronunciata per due volte a Sezioni Unite nel 2016 e 2018 a seguito di ripetute sollecitazioni provenienti dalla Terza Sezione affinché si facesse chiarezza definitiva sulla validità di tale tipologia di pattuizioni.

I profili della nullità e vessatorietà della clausola, ripetutamente sostenuti nel passato, sono stati progressivamente superati.

La Cassazione ha dapprima (con sentenza resa a Sezioni Unite n. 9140/2016¹) stabilito il principio che la clausola *claims made* non è di per sé nulla, ma in presenza di determinate condizioni può essere dichiarata tale per “*difetto di meritevolezza*”.

¹ Cass. civ. Sez. Unite, Sent., (ud. 26-01-2016) 06-05-2016, n. 9140, su ricorso della Provincia Religiosa di S. Pietro dell’Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli contro Cattolica Assicurazioni Coop. A R.I., Reale Mutua Assicurazioni S.p.A., Zurich Insurance Plc., P.A., Duomo Uni One Assicurazioni S.p.A., Mmi Danni S.p.A. L’insegnamento è stato sostanzialmente ribadito, dopo alcuni mesi, da Cass. civ. Sez. Unite, Sent., (ud. 08-11-2016) 02-12-2016, n. 24645, su ricorso della Provincia Religiosa di S. Pietro dell’Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli contro Aurora S.p.A., S.V., A.G. (anche per il minore A.M.) e Generali Italia S.p.A.

In seguito, per due volte la Suprema Corte (sez. III, 28/04/2017, n. 10506²; sez. III, 28/04/2017, n. 10509³) ha dichiarato non meritevole una clausola “*claims made*” rilevando nella pattuizione sottoposta al suo esame lo squilibrio nascente dalla mancanza di un periodo di efficacia per richieste postume successive alla scadenza. Nel 2018, con ordinanza n. 1465 (19 gennaio 2018), la terza Sezione della Cassazione ha sollecitato un nuovo intervento delle Sezioni Unite, che con la ormai notissima ed ampiamente commentata sentenza n. 22437 del 24 settembre 2018⁴, hanno chiarito ed affermato che:

1. il modello dell’assicurazione della responsabilità civile con clausole “*on claims made basis*” è partecipe del tipo dell’assicurazione contro i danni, quale deroga consentita al primo comma dell’art. 1917 c.c.;
2. 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., ma occorre compiere un esame di idoneità, che muove dalla valutazione della tutela apprestata in favore del contraente assicurato. Tale analisi può investire diversi piani, dalla fase che precede la conclusione del contratto sino a quella dell’attuazione. La Corte ha poi indicato i rimedi disponibili qualora il vaglio di idoneità abbia esito negativo, contemplando la responsabilità risarcitoria precontrattuale nel caso di contratto concluso a condizioni svantaggiose, la nullità, anche parziale, del contratto per difetto di causa in concreto, con conformazione secondo le indicazioni di legge o, comunque, secondo il principio dell’adeguatezza del contratto assicurativo allo scopo pratico perseguito dai contraenti.

La Corte ha dunque rinviato ad un esame da farsi caso per caso, indicando i criteri cui deve ispirarsi il vaglio del giudice per stabilire l’idoneità della clausola,

² Cass. civ. Sez. III, Sent., (ud. 20-01-2017) 28-04-2017, n. 10506, su ricorso di Fondiaria Sai S.p.A. contro Ospedale (omissis) e C.R.

³ Cass. civ. Sez. III, Sent., (ud. 20-01-2017) 28-04-2017, n. 10509, su ricorso dell’Ospedale (omissis) Azienda Ospedaliera di rilievo nazionale contro G.S. e Unipol Assicurazioni S.p.A. (già Fondiaria Sai S.p.A.).

⁴ Cass. civ. Sez. Unite, Sent., (ud. 05-06-2018) 24-09-2018, n. 22437, su ricorso di Manitowoc Crane Group Italy S.r.l. contro Allianz S.p.A. (già Riunione Adriatica di Sicurtà S.p.A.), CEV S.p.A. e Laboratori Pizza S.r.l.

ed adottando quale parametro di valutazione per stabilire se la clausola sia equilibrata e tuteli adeguatamente l'assicurato i modelli di *claims made* che definiremmo di “*ultima generazione*” – ossia quelli introdotti per la copertura assicurativa delle strutture sanitarie (legge n. 24 del 2017, c.d. legge Gelli-Bianco sulla responsabilità per l'esercizio dell'attività sanitaria) e per l'assicurazione dei rischi professionali.

Questi ad avviso della Cassazione tracciano e costituiscono le coordinate di base, inderogabili *in pejus*.

2. Il test di “idoneità” tracciato dalla Corte — 3. Le ultime recenti pronunce della Corte

La Cassazione ha adottato quale base di raffronto “*le norme costituzionali, in sinergia con quelle sovranazionali, per la tutela della dignità della persona e l'utilità sociale (artt. 2 e 41 Cost.)*”; l’“*idoneità*” del prodotto assicurativo “*va valutata alla luce della salvaguardia degli interessi che entrano nel contratto, di una corretta allocazione dei costi sociali dell'illecito, che sarebbe frustrata ove il terzo danneggiato non potesse essere risarcito del pregiudizio patito a motivo dell'incapienza patrimoniale del danneggiante, siccome, quest'ultimo, privo di “idonea” assicurazione*”.

La Corte ha dato conto della coesistenza nel mercato assicurativo di due diverse tipologie di clausole, ossia miste/impure e pure.

Le prime ammettono l'operatività della copertura assicurativa solo quando sia il fatto illecito sia la richiesta risarcitoria intervengano nel periodo di validità del contratto (con retrodatazione della garanzia, in taluni casi, alle condotte poste in essere in epoca anteriore, in genere due o tre anni dalla stipula del contratto).

Le clausole *claims made* c.d. pure sono destinate invece a coprire tutte le richieste risarcitorie formulate nei confronti dell'assicurato nel periodo di vigenza della polizza, indipendentemente dalla data di commissione del fatto illecito. L'analisi prosegue rilevando poi che il mercato assicurativo presenta “*multiformi calibrature, modellando l'assicurazione “claims made” secondo varianti peculiari*”: la Corte richiama i modelli di *deeming clause* e *sunset clause*, due tipologie di

clausole sempre più frequentemente adottate nel mercato assicurativo del nostro paese.

Come noto, si definisce *deeming clause* la clausola con cui si pattuisce che sono denunciabili in corso di polizza anche le “*circostanze*” che rendano verosimile una futura richiesta di risarcimento.

Per effetto della clausola sono dunque oggetto di copertura anche le richieste di risarcimento pervenute dopo la scadenza della polizza, a condizione che siano conseguenti o relative a “*circostanze*” denunciate in corso di vigenza della polizza stessa⁵.

Una clausola modellata sullo schema della *deeming clause* nel caso di specie sarebbe stata perfettamente idonea a consentire la piena copertura assicurativa, e la certezza dell’indennizzo a favore dei danneggiati.

Con il termine *sunset clause* viene definita la clausola che contempla anche un periodo di ultrattività o c.d. di postuma, consentendo dunque all’assicurato di ricevere e trasmettere all’assicuratore la richiesta di risarcimento anche successivamente al venir meno della efficacia della polizza.

Il richiamo a tali varianti è avvenuto per dar conto delle perplessità espresse dalla Corte nelle ordinanze di rimessione ed in alcune recenti decisioni nelle quali si era evidenziato il potenziale squilibrio nascente dall’adozione di meccanismi eccessivamente restrittivi, in particolare dalla mancata concessione di un lasso di tempo successivo alla scadenza sufficiente a consentire la comunicazione all’assicuratore della richiesta di risarcimento pervenuta in vigenza di copertura.

3. Le ultime recenti pronunce della Corte

Le due sentenze rese a Sezioni Unite dalla Cassazione avrebbero dovuto fare definitiva chiarezza ed eliminare ogni incertezza interpretativa per il futuro.

⁵ Si tratta di un modello contrattuale regolarmente adottato nel mondo anglosassone (sul punto il *leading case* inglese è il caso “*Kidsons v. Lloyds Underwriters*” [2007] EWHC 1951 (Comm), dove la Corte ha osservato che in difetto di una simile pattuzione vi sarebbe un «*unexpected and inappropriate gap in coverage*»).

Si registrano tuttavia in tempi recentissimi alcune decisioni della Suprema Corte che dimostrano come il dibattito attorno alla validità e idoneità delle clausole in esame sia destinato a durare.

Con sentenza n. 8894 del 13 maggio 2020, la Cassazione ha valutato la idoneità di una clausola *claims made* contenuta in una polizza di assicurazione della responsabilità sanitaria che prevedeva che vi fosse la richiesta di risarcimento da parte del terzo danneggiato entro il periodo di vigenza della copertura, e che entro i 12 mesi successivi l'assicurato dovesse trasmettere la denuncia alla Compagnia. In sostanza, dunque, era previsto periodo di ultrattività della polizza, ma limitatamente alla denuncia del sinistro.

Sotto questo profilo, la clausola era più favorevole all'assicurato rispetto ad una *claims made* impura del tutto priva di ultrattività.

La Corte ha ritenuto che la clausola così strutturata fosse in contrasto con l'articolo 1341 c.c. in tema di clausole vessatorie (dal momento che tra queste vanno annoverate le clausole che prevedono termini di decadenza), e con l'articolo 2965 c.c., che prevede la nullità dei patti con cui si stabiliscono decadenze qualora venga reso eccessivamente difficile ad una delle parti l'esercizio del diritto.

La Cassazione (con motivazione invero alquanto singolare) ha ritenuto il termine di decadenza annuale nullo, poiché rendeva nel caso di specie eccessivamente difficile l'esercizio del diritto da parte dell'assicurato, sulla base del rilievo che tale esercizio del diritto dipendeva dalla previa richiesta di risarcimento da parte del danneggiato.

Una sentenza di pochi giorni precedente (n. 8117 del 23 aprile 2020) ha ritenuto invece di condividere le valutazioni espresse dalle Corti territoriali con riguardo alla validità di due clausole *claims made*, sulla base di un ragionamento non del tutto lineare.

Si ricostruisce dalla motivazione che le polizze non prevedevano una copertura postuma, ma includevano in garanzia anche condotte avvenute in un lungo periodo precedente la stipulazione, per cui avevano una estesa retroattività.

Per la Corte la clausola era idonea in quanto pienamente operante anche nel suo ultimo giorno di validità (o comunque nel periodo finale), in virtù del fatto che poteva essere presentata una richiesta di risarcimento del danno afferente ad un periodo pregresso anche alla scadenza dell'ultimo giorno.

La decisione sembra aver omesso ogni valutazione circa le perplessità espresse in precedenza nelle due ordinanze di rimessione alle Sezioni Unite.

La Cassazione infatti, con la sentenza 28/04/2017 n° 10506, e poi con l'ordinanza di rimessione n. 1465 del 19 gennaio 2018, aveva stigmatizzato il ricorso ad uno strumento che può determinare uno squilibrio a sfavore dell'assicurato ed in generale conseguenze che la Corte ha ritenuto singolari, laddove fa sorgere nell'assicurato l'interesse a ricevere prontamente la richiesta di risarcimento ed addirittura a sollecitare la stessa qualora l'assicurato sia consapevole di aver provocato un danno e si approssimi il termine di efficacia della polizza.

4. Possibili criticità nell'applicazione del test della Cassazione

Le divergenze di approccio da ultimo espresse dalla Suprema Corte sono ravvisabili anche nella giurisprudenza di merito.

Il test tracciato dalla Cassazione è stato infatti a più riprese applicato nell'ambito di giudizi pendenti innanzi a Tribunali e Corti d'Appello, e sono già disponibili alcune pronunce che permettono di dare un primo quadro della posizione assunta dalla nostra giurisprudenza.

Era in effetti probabilmente inevitabile che l'applicazione del test ai giudizi in corso avesse esiti discordanti.

Innanzitutto, la valutazione della idoneità della clausola, alla luce dei parametri da ultimo individuati dalla Suprema Corte, presuppone una ricostruzione delle intese contrattuali che hanno portato alla sua adozione.

Nella sentenza n. 8117/2020, ad esempio, la Cassazione evidenzia che la Corte d'Appello aveva accertato che vi era stata la consapevolezza delle parti sui meccanismi di copertura operanti, escludendo che potesse esserci un uso strumentale della facoltà di recesso ed una imposizione del contenuto ad opera del contraente forte. Una simile ricostruzione appare molto difficile da compiere in relazione ai rapporti contrattuali più risalenti.

Un altro tema che si è rivelato complesso è quello dell'assolvimento dell'onere probatorio riguardo alla ricostruzione delle intese contrattuali e delle conseguenze nascenti dal mancato assolvimento di tale onere.

È di regola l'assicurato che eccepisce l'inoperatività della *claims made* ad essere tenuto a provare l'inidoneità della stessa per l'assenza di adeguate informazioni e/o squilibri nella fase della negoziazione della clausola.

Tuttavia, come già reso evidente da alcuni precedenti, il test oggi tracciato dalla Cassazione impone simili approfondimenti in relazione a situazioni verificatesi molti anni prima, ed in giudizi nei quali l'attività istruttoria si è già conclusa da tempo, e le censure volte all'indirizzo della clausola riflettono l'orientamento giurisprudenziale antecedente, incentrandosi sui soli classici temi della validità e vessatorietà della clausola.

In un simile scenario l'assicurato si trova nell'impossibilità di fornire la prova della (in)idoneità della clausola a causa dell'esaurimento della fase istruttoria, a meno che la clausola di per sé (ossia alla luce della sua formulazione) non possa dirsi in contrasto con le indicazioni date dalla Cassazione nell'ultima sentenza a SS.UU.

Tra le pronunce rilevanti⁶, è emblematico il salvataggio compiuto dal Tribunale di Roma di una clausola *claims made* impura, con retroattività a 6 mesi, per la mancanza di pertinenti censure da parte dei deducenti.

In quel giudizio, infatti, era stata denunciata soltanto la “vessatorietà della clausola *claims made*”, per cui il giudice non ha potuto esimersi dal rilevare che “*i diversi profili di non meritevolezza o di nullità (...) non emergono ex actis ma avrebbero richiesto una approfondita istruttoria che non è stata né chiesta né svolta*” (Trib. Roma, 9.11.2018).

Allo stesso modo la Corte d'Appello di Napoli ha ritenuto non suscettibile di censura una *claims made* impura avente retroattività di 2 anni, per la “*necessità (...) di un onere di allegazione, da parte del contraente*” rispetto ai possibili aspetti di criticità evidenziati dalle Sezioni Unite 2018. La Corte ha infatti precisato che “*in assenza di specifiche allegazioni e deduzioni in ordine ai profili su indicati, la polizza deve ritenersi valida ed efficace tra le parti*” (App. Napoli, 28.1.2020).

Ha risolto in radice la questione la Corte d'Appello di Venezia in un recente caso avente ad oggetto una polizza di RC professionale di un avvocato, affermando che le statuizioni delle Sezioni Unite sul sindacato delle *claims made* non possono che valere per il futuro.

⁶ Rilevano l'insufficienza delle allegazioni/deduzioni del contraente anche Trib. Milano 24.1.2020, Trib. Roma 21.2.2020, Trib. Roma 22.10.2019 e App. Venezia 19.6.2019, meglio illustrate *infra*.

Infatti, seppure a proposito della precedente decisione a SS.UU. del 2016, la Corte ha affermato che la “*non può discorrersi nel caso all’esame di questo collegio della verifica circa la meritevolezza che le sezioni unite del 2016 avevano posto – peraltro in via astratta e pro futuro – con riguardo alle ipotesi di assicurazione obbligatoria della responsabilità civile, non sussistendo all’epoca della stipulazione del contratto assicurativo da parte dell’avv. M. alcun obbligo di legge di assicurazione per i professionisti legali (essendo le norme relative all’obbligo assicurativo per la responsabilità civile professionale degli avvocati entrate in vigore solo il 10-11-2017 a seguito dell’emanazione del D.M. 22 settembre 2016*” (App. Venezia, 19.6.2019).

La decisione, tuttavia, rappresenta ad oggi un unicum, dal momento che le Corti sembrano aver applicato senza particolari incertezze le direttrici indicate dalla Cassazione, pur essendo pervenute a distanza di molto tempo dalla stipulazione della clausola e dall’avvio del giudizio.

5. Il test di idoneità al vaglio della giurisprudenza di merito

L’esclusione della vessatorietà delle *claims made ex art. 1341 c.c.*, in ragione della loro funzione di delimitazione dell’oggetto del contratto assicurativo, può considerarsi ormai dato acquisito nella giurisprudenza di merito⁷.

Le pronunce qui esaminate attengono, salvo alcune limitate eccezioni, alle coperture in materia di RC professionale e sanitaria, e riguardano ipotesi di *claims made* impure o miste.

Dall’esame delle decisioni emergono posizioni mutevoli in relazione alla idoneità di clausole con periodi di retroattività ed ultrattività variamente articolati.

In linea generale, clausole con retroattività inferiore ai due anni si sono rivelate più vulnerabili.

Viceversa, una retroattività eccedente i tre anni ha registrato una prevalenza di giudizi positivi, con clausole che hanno superato senza danni la verifica giurisprudenziale.

⁷ Prima della vessatorietà della *claims made* recentemente sancita da Cass. 8894/2020 succitata, il punto appariva pacifico anche nella giurisprudenza di legittimità, già prima degli interventi a Sezioni Unite: per tutti, cfr. Cass. 10619/2012.

Il Tribunale di Milano ha ritenuto invalida una retroattività di 6 mesi, in quanto essa “*non risulta offrire garanzie minime e lascia certamente “buchi di copertura” non solo tenuto conto dei tempi di prescrizione delle possibili pretese risarcitorie, ma altresì della copertura dai rischi per danni da eziologia incerta e/o caratterizzati da una lungolatenza*” (Trib. Milano, 24.7.2019).

Del pari, in un giudizio innanzi al Tribunale di Napoli una *claims made* con retroattività di 2 anni ed ultrattività di 30 giorni non ha superato “*il vaglio di meritevolezza di tutela*”, con conseguente dichiarazione di nullità della clausola. Ad avviso del Tribunale “*è assai difficile ritenere meritevoli di tutela le clausole claims made c.d. impure (...) che limitano (...) la copertura alla sola rigida ipotesi che, durante il tempo dell’assicurazione, intervengano sia il sinistro che la richiesta di risarcimento, senza deroghe di sorta verso il passato od il futuro o con limitati periodi di vigenza postuma*”, al punto tale che una tale conformazione – salvo specificità emergenti nel singolo giudizio – fonderebbe addirittura una presunzione semplice di immeritevolezza *ex art. 2729 comma 1 c.c.* (Trib. Napoli, 22.7.2019).

Come accennato, valutazioni prevalentemente favorevoli sono invece state espresse in relazione a *claims made* con retroattività di almeno 3 anni.

Il Tribunale di Milano – in un caso in cui la clausola offriva pure un’ultrattività di 5 anni per l’ipotesi di cessazione dell’attività dell’assicurato – ha ritenuto che 3 anni siano “*un periodo di una certa consistenza, tale da tutelare adeguatamente gli interessi dell’assicurato*”, per cui “*in assenza di specifici elementi di valutazione concretamente dedotti in giudizio (...), nonché di dati documentali significativi sul punto, la clausola deve essere considerata legittimamente apposta*” (Trib. Milano, 24.1.2020). Concorde sul punto si è mostrato il foro capitolino, evidenziando – per una polizza con validità dal 1° aprile 2011 – che “*l’operatività di detta clausola [claims made impura, n.d.r.] nel caso di specie non è stata specificamente contestata dall’assicurato e che la stessa, peraltro, prevede adeguata retroattività sino al 1° aprile 2008*” (Trib. Roma, 21.2.2020).

In un caso di copertura assicurativa della responsabilità civile di un avvocato, nel sancire la validità di una *claims made* con retroattività a 5 anni, la Corte d’Appello di Venezia ha compiuto interessanti valutazioni.

Innanzitutto, i giudici hanno escluso la verificabilità della meritevolezza secondo i parametri di SS.UU. Cass. 9140/2016 stabiliti per l’assicurazione obbligatoria della responsabilità civile, “*non sussistendo certamente all’epoca della*

stipulazione del contratto assicurativo (...) alcun obbligo di legge per l'assicurazione dei professionisti legali". Hanno poi ritenuto non valutabile l'inadeguatezza del contratto secondo i parametri delle Sezioni Unite 2018, "in quanto (..) nel caso che ne occupa è stato il cliente a recedere dal contratto, così limitando alle richieste di risarcimento sino ad allora formulate l'ambito della copertura assicurativa".

Circa l'indagine sul contenuto del contratto, la Corte ha poi sottolineato che *"la clausola in parola non comporta alcuna alterazione del sinallagma contrattuale o sbilanciamento del rapporto di corrispettività fra il pagamento del premio e il diritto all'indennizzo, in ragione del fatto che vi è un'espressa previsione di estensione retroattiva della garanzia a fatti pregressi sino a cinque anni precedenti, sì che non è dato ravvisare alcuna distorsione nella regolamentazione delle prestazioni corrispettive delle parti".* Infine, ha anche chiarito che *"neppure è a discorrere di asimmetrie informative in sede di conclusione del contratto nel caso di specie, che riguarda un avvocato e, dunque un professionista legale, come tale esperto delle implicazioni giuridiche delle clausole contrattuali"* (App. Venezia, 19.6.2019).

In un altro caso relativo ad una clausola con retroattività pari a circa 6 anni e mezzo (nel quale però gli inadempimenti degli obblighi informativi da parte dell'assicurazione *"non sono stati oggetto di doglianza da parte dell'assicurato"*), il Tribunale di Roma ha chiarito che la *claims made* *"non può considerarsi nulla"*. La sentenza ha riportato testualmente la formulazione della clausola, che fissava l'operatività della polizza *"per le richieste di risarcimento conseguenti a comportamenti colposi posti in essere prima del 3.11.3011 (n.d.r. data di inizio della copertura assicurativa), ma non oltre il 9 gennaio 2005 e presentate per la prima volta nel periodo di efficacia dell'assicurazione"* (Trib. Roma, 22.10.2019).

Prevedibile, poi, l'esito cui è pervenuta la Corte d'Appello di Napoli in un caso di copertura assicurativa in materia di responsabilità notarile, ove il periodo di retroattività era pari a 10 anni: è stata affermata la validità della clausola poiché il diritto all'indennizzo era previsto relativamente a *"tutte le condotte negligenti tenute dal professionista a ritroso nel tempo sino alla prescrizione decennale. L'aver previsto questo lungo arco temporale consente di escludere che la clausola in esame contenga un ingiustificato vantaggio per l'assicuratore, poiché egli resta comunque esposto all'alea di eventuali richieste risarcitorie per eventi accaduti in tempi risalenti (ovvero sino ad un decennio addietro), per i quali l'assicurato abbia avuto*

richiesta di risarcimento durante la vigenza della polizza. Neppure in concreto, come vuole l'appellante, la detta clausola, in ragione delle "informazioni" da lui rese, si configura come immeritevole di tutela" (App. Napoli, 28.2.2019).

Da segnalare infine una sentenza del Tribunale di Reggio Emilia, ove una clausola *claims made* apparentemente priva di periodo di retroattività è stata ritenuta comunque valida, in considerazione della presenza di altre polizze stipulate dall'assicurato per i periodi pregressi.

Il giudice, infatti, ha motivato la conclusione evidenziando che *"a differenza del caso affrontato dalla Cassazione nella sentenza n. 10506/2017, in cui, invece, si escludeva il diritto all'indennizzo per i danni (...) dei quali il terzo danneggiato avesse chiesto il pagamento dopo la scadenza del contratto (c.d. "le richieste postume"), nell'ipotesi per cui è causa, la limitazione non afferirebbe a "richieste postume" ma a "eventi pregressi" rispetto la stipulazione della polizza non creando, quindi, alcun buco di garanzia proprio perché detti eventi sono coperti dalla vigenza di altra polizza assicurativa" (Trib. Reggio Emilia, 11.4.2019).*

Volgendo ora lo sguardo al periodo di ultrattività, la giurisprudenza ha tendenzialmente ispirato la propria valutazione all'accertamento di una tutela effettiva dell'assicurato.

Particolarmente severo lo scrutinio della Corte d'Appello di Genova, che ha sancito la nullità di una *claims made* sprovvista di ogni periodo di ultrattività, ma recante retroattività illimitata.

La pronuncia si spiega meglio alla luce delle caratteristiche del caso di specie: si discuteva infatti della possibile assenza di copertura per avere l'assicurato trasmesso all'assicurazione la denuncia di sinistro tra il giorno precedente (ad avviso del primo) e quello successivo (a parere della seconda) rispetto alla data di disdetta del contratto assicurativo.

Si comprendono così le seguenti affermazioni della Corte, secondo cui *"mentre una clausola come quella in esame svolge una funzione equilibratrice del rapporto per i danni c.d. lungo-latenti (...), l'applicazione di un siffatto modello e meccanismo non pare giustificabile in una fattispecie – come quella in esame – nella quale il sinistro s'è verificato in piena vigenza del contratto e la richiesta di risarcimento del danno è stata trasmessa all'assicuratore a pochissimi giorni dalla scadenza del contratto. Piuttosto, la sua applicazione determina un vuoto di garanzia per un*

periodo per il quale è stato pagato il premio assicurativo, non giustificabile nell'economia del contratto" (App. Genova, 26.6.2019).

6. Conseguente derivanti da una declaratoria di inidoneità

È opportuno chiedersi quale sia la conseguenza di una declaratoria di inidoneità della clausola.

Quanto alla fase prodromica alla conclusione del contratto, l'eventuale violazione degli obblighi di buona fede, protezione ed informazione nella fase precontrattuale ex artt. 1337, 1338 c.c. ad avviso della Corte *"potrà assumere rilievo anche in ipotesi di contratto validamente concluso, (...) a prescindere dalla eventualità stessa che la condotta scorretta abbia potuto dar luogo ad un vizio del consenso (art. 1427 c.c.), con tutte le relative conseguenze anche in termini di annullabilità del contratto ovvero di ristoro dei danni nell'ipotesi di dolo incidente (art. 1440 c.c.)"* (Sez. Un. Cass. 22437/2018).

Un simile vizio potrà dunque in teoria condurre all'annullamento della clausola, ovvero al risarcimento del danno patito.

Nella casistica esaminata, però, si rinvencono perlopiù vizi che attengono alla fase di stipulazione del contratto assicurativo.

In proposito, le Sezioni Unite parlano più strettamente di *"verifica di idoneità del regolamento effettivamente pattuito"* rispetto *"agli interessi in concreto avuti di mira dai paciscenti"* (i.e. alla causa concreta del contratto), con un sindacato sul sinallagma del contratto assicurativo che qui assume i contorni di equilibrio tra rischio assicurato e premio assicurativo (Sez. Un. Cass. 22437/2018).

La nullità può essere totale o parziale ex art. 1419 c.c., con conseguente integrazione del regolamento contrattuale *"non già tramite il modello della c.d. loss occurrence di cui all'art. 1917 c.c., comma 1, bensì (...) attingendo quanto necessario per ripristinare in modo coerente l'equilibrio dell'assetto vulnerato dalle indicazioni reperibili dalla stessa regolamentazione legislativa"*, con l'applicabilità di tale costruzione anche ai *"rapporti assicurativi sorti prima dell'affermarsi del regime di obbligatorietà dell'assicurazione della responsabilità civile professionale"* (Sez. Un. Cass. 22437/2018).

L'analisi della casistica, tuttavia, mostra marcate differenze di approccio.

La pronuncia della Corte d'Appello di Venezia sopra richiamata ad esempio ha escluso di poter valutare la validità della *claims made* in una polizza RC avvocati sottoscritta tempo addietro rispetto all'introduzione dei relativi obblighi normativi di cui al D.M. 22 settembre 2016.

Secondo una delle richiamate pronunce del Tribunale di Milano, poi, alla “*declaratoria di nullità della clausola consegue necessariamente l'applicazione del modello codicistico di cui all'art. 1917 c.c.*” (Trib. Milano, 24.7.2019).

Pare invece conformarsi al modello plasmato dalla Cassazione il Tribunale di Napoli, che ha ritenuto che “*la nullità debba incidere esclusivamente sulla parte della clausola che comporti una effettiva limitazione della responsabilità, e cioè sulla totale esclusione della c.d. “retroactive date” (...). In definitiva, la clausola deve ritenersi nulla solo nella parte in cui non estende la garanzia ai fatti verificatisi nel decennio antecedente alla stipula del contratto (coincidente con il termine di prescrizione), e deve considerarsi come una clausola claims made pura*” (Trib. Napoli, 22.7.2019).

7. Conclusioni

L'analisi delle decisioni giurisprudenziali rese negli ultimi 18 mesi mostra come permanga ancora oggi una certa incertezza nonostante gli interventi della Cassazione a Sezioni Unite.

Il superamento del requisito della meritevolezza in favore di quello della idoneità, accompagnato dalla necessità di una valutazione caso per caso, ha inevitabilmente richiesto il compimento di un'attività istruttoria non semplice, che si scontra con le preclusioni esistenti allorché il test viene applicato ai giudizi in corso e la difficoltà di ricostruire in modo adeguato le negoziazioni che hanno portato all'adozione della clausola oggetto di censura.

Lo stesso superamento del requisito della meritevolezza sta avvenendo con qualche titubanza.

Emblematica, sul punto, è una recente pronuncia resa dalla Suprema Corte, con cui è stata cassata una sentenza della Corte d'Appello di Roma per avere quest'ultima “*affermato che la clausola claims made rende atipico il contratto di assicurazione ed avendo ritenuto, di conseguenza, la pattuizione soggetta al*

controllo di meritevolezza di cui all'art. 1322 c.c., comma 2, invece di procedere alla verifica della causa in concreto del contratto tipico (...) nonché del rispetto, in quest'ottica, dei soli limiti imposti dalla legge, in base all'art. 1322 c.c., comma 1" (Cass. 29365/2019).

È emersa la tendenziale solidità di clausole *claims made* impure con un congruo periodo di retroattività, soprattutto se accompagnato da una ultrattività adeguata.

Non sembra peraltro che, almeno nei casi decisi finora, il modello delle coperture su base *claims made* presente nella disciplina di legge in materia di RC sanitaria e professionale, che la Cassazione ha ritenuto inderogabile *in pejus*, sia stato adottato quale parametro necessario di riferimento.

In conclusione, nonostante gli auspici delle Sezioni Unite “*il dibattito giurisprudenziale (...) intorno alla validità della clausola cosiddetta “claims made”*” deve considerarsi “*tuttora non sopito*” (App. Milano, 24.4.2019).

PIETRO NISI, FRANCESCO MASCOLO

COVID-19: LE MISURE DA ADOTTARE PER GARANTIRE LA
SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO E I POTENZIALI RIFLESSI
ASSICURATIVI

SOMMARIO — 1. Il quadro normativo — 2. La responsabilità civile del datore di lavoro — 3. L'infezione da Covid-19 e il Protocollo condiviso.

1. Il quadro normativo

Nell'esercizio della propria attività commerciale gli imprenditori sono tenuti a garantire la sicurezza sul luogo di lavoro, nell'ottica di salvaguardare la salute del personale (art. 2087 c.c. e D. Lgs. N. 81/2008).

Ne discende che il datore di lavoro potrebbe rispondere dei danni subiti da un proprio dipendente a seguito di un infortunio sul lavoro in caso di comprovata carenza nell'adozione delle misure di sicurezza. Questo, però, unicamente laddove il dipendente dimostri che le lesioni subite siano la diretta conseguenza di tale carenza (c.d. nesso causale).

2. La responsabilità civile del datore di lavoro

In ogni caso, onde evitare conseguenze risarcitorie derivanti da simili situazioni, i datori di lavoro possono stipulare apposita polizza assicurativa. La responsabilità civile dei datori di lavoro, infatti, è assicurata nell'ambito della polizza RCO che, in presenza delle condizioni di operatività della garanzia, tiene indenne l'assicurato dalle azioni risarcitorie avanzate nei suoi confronti dai dipendenti, così come pure da eventuali azioni di rivalsa da parte dell'INAIL.

3. L'infezione da Covid-19 e il Protocollo condiviso

Anche l'infezione da Covid-19 in occasione dello svolgimento della mansione lavorativa è considerata come un infortunio sul lavoro (art. 42, co. 2, D.L. n. 18/2020, convertito con L. n. 27/2020). Pertanto, la polizza RCO potrebbe operare anche in relazione alle richieste di risarcimento dei dipendenti che lamentano di aver contratto il virus a causa di una carenza da parte del contraente nell'adozione delle misure di contenimento negli ambienti lavorativi.

Come noto, difatti, la diffusione dell'epidemia da Covid-19 ha imposto al datore di lavoro l'adozione di misure precauzionali ulteriori al fine di limitare il rischio di contagio sul luogo di lavoro. Attualmente, dunque, la prosecuzione delle attività produttive può avvenire unicamente in presenza di condizioni che assicurino ai dipendenti un adeguato livello di protezione.

Nel dettaglio, le aziende – unitamente alla possibilità di ricorrere al lavoro agile – sono tenute a rispettare le indicazioni operative contenute nel “*Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro fra il Governo e le parti sociali*” del 24 aprile 2020, la cui efficacia è stata recentemente prorogata sino al 24 novembre 2020 in forza del DPCM del 26 ottobre 2020 (salvo ulteriori proroghe).

Tra le misure previste dal Protocollo in parola vi è anche la facoltà in capo al datore di lavoro – tramite il medico competente – di richiedere l'adozione di mezzi diagnostici (test sierologici e tamponi) nei confronti del personale, laddove gli stessi siano ritenuti utili ai fini del contenimento della diffusione del virus.

In buona sostanza, l'imprenditore ha la possibilità di avviare un programma di *screening* su base facoltativa in favore dei propri dipendenti (con oneri a proprio carico), seguendo le linee guida stabilite dalla Regione in cui si trova l'azienda.

Sul tema le singole Regioni si sono mosse in modo abbastanza variegato, con alcune che consentono l'erogazione del tampone nasofaringeo nei confronti dei dipendenti solamente a seguito di una riscontrata positività al test sierologico (come in Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Piemonte, Friuli Venezia-Giulia, Sardegna), ed altre che invece ne consentono l'accesso diretto (la Sicilia, la Campania e la Puglia).

In ogni caso, il dipendente dovrà essere preventivamente informato sul significato del test diagnostico e sulle conseguenze che incontrerebbe in caso di riscontrata positività (isolamento fiduciario domiciliare, quarantena, impossibilità di

raggiungere il luogo di lavoro, ecc.). Trattandosi poi di una prestazione sanitaria è altresì necessario il consenso del dipendente, che potrà essere raccolto dallo stesso datore di lavoro – sempre per il tramite del medico competente – oppure direttamente dal laboratorio che effettua il test.

Peraltro, il datore di lavoro potrebbe anche offrire gratuitamente al proprio personale l'effettuazione dei test diagnostici nell'ambito di un programma di benefit aziendale, con la possibilità per il singolo lavoratore, in qualità di privato cittadino, di rivolgersi presso un laboratorio accreditato per l'erogazione della prestazione. Anche in questo caso il dipendente è libero di effettuare o meno il test.

In conclusione, l'adozione di un programma di *screening* nei confronti del personale rimane una mera facoltà in capo al datore di lavoro, ma configura certamente uno strumento utile per limitare il rischio di eventuali conseguenze risarcitorie che potrebbero derivare in caso di contagi in azienda.

È evidente, infatti, che l'aver attivato procedure di *screening* in favore dei propri dipendenti (nei limiti e nei termini suindicati), unitamente all'adozione dei protocolli di sicurezza in vigore, costituisce un ulteriore (e significativo) elemento a disposizione del datore di lavoro per sostenere di aver impiegato tutte le ragionevoli misure di prevenzione atte a tutelare la salute dei lavoratori.

EDOARDO ITALIANO

L'ASSORBIMENTO DEL DEBITO PUBBLICO "PANDEMICO"
ITALIANO DA PARTE DEL MES NEI CONFRONTI
DEGLI INVESTITORI ISTITUZIONALI

SOMMARIO — 1. Introduzione — 2. Il MES — 3. Ulteriori profili di criticità — 4. Le prospettive future — 5. Soluzioni e conclusioni.

1. Introduzione

Il dibattito politico divampato in Italia in ordine all'opportunità di richiedere al Meccanismo Europeo di Stabilità un aiuto finanziario per far fronte alle incombenze della pandemia di Covid-19 pecca, senz'altro, di scarsa conoscenza delle regole del Trattato istitutivo dell'istituzione finanziaria, da cui, forse, deriva scarsa intraprendenza nell'individuazione di soluzioni di utilizzo delle risorse del MES alternative ad un mero prestito.

In tal senso, è condivisibile l'opinione di chi ritiene che il cd. "Salva- Stati" possa assorbire il debito pubblico emesso dall'Italia nell'alveo dello scostamento degli obiettivi di deficit da marzo ad oggi, coinvolgendo in uno schema trilatero gli investitori istituzionali, banche per prime, che hanno sottoscritto il debito di cui si discorre.

2. Il MES

La praticabilità dell'operazione non può prescindere da una preventiva analisi della disciplina statutaria del MES di cui al trattato istitutivo; sicché la lente dell'interprete è da focalizzarsi sull'art. 3 del Trattato, ove è previsto che la finalità dell'Istituzione sia quella di "mobilizzare risorse" al fine di garantire uno Stato membro da una eventuale minaccia alla propria stabilità finanziaria, ovvero da un rischio concreto ed imminente di manchevolezze di "cassa" per far fronte a spese non differibili.

Ancora, è bene ricordare che il MES, pur nascendo da un accordo di diritto internazionale, non è un'Autorità di vigilanza, indi per cui non ha alcun potere di accertare “*ex officio*” il requisito fattuale di cui prima e provvedere *motu proprio* all'erogazione di risorse, rimanendo la propria attività di finanziamento subordinata ad una preventiva domanda di sostegno finanziario formulata da uno Stato membro.

Ergo, il trascorso normativo rende necessario che sia l'Italia a proporre l'iniziativa di “*turn-around*” creditorio al MES, sottoponendo il relativo progetto al Governatorato dell'Istituzione; ottenutane l'approvazione, stando all'accordo istitutivo, seguirebbe la condivisione di un protocollo tra Italia e Commissione UE che andrebbe in concreto a disciplinare le modalità di esecuzione del progetto.

Profili di criticità si rinvengono, poi, nell'osservazione per cui tale progetto non può dispiegarsi attraverso una semplice operazione di prestito: l'operazione di *turn-around* di cui si discute, infatti, non ha l'obiettivo di fornire liquidità al nostro Paese, bensì quella di rendere sostenibile il debito già contratto negli ultimi mesi, attraverso una riscadenzamento con risparmio di interessi al quale, parallelamente, si accosta lo speculare vantaggio per i nostri creditori di ottenere un nuovo debitore, il MES appunto, che abbia un rating creditizio di affidabilità ben più cospicua rispetto a quella dell'Italia.

Se è vero che l'impossibilità dell'assorbimento attraverso una semplice operazione di prestito costituisce un incombente non da poco per la realizzabilità dell'operazione, è altrettanto vero che parallelamente tale operazione finanziaria schiverebbe agevolmente ogni critica politica supponente “l'effetto stigma” che l'Italia subirebbe dai creditori se accettasse i prestiti del MES.

3. *Ulteriori profili di criticità*

Dunque, dando per escluso che il MES possa intervenire con mezzi ortodossi, invisibili a parte delle nostre forze politiche, deve ricalibrarsi il ventaglio di schemi operativi finanziari che l'istituzione finanziaria può utilizzare per compiere l'assorbimento.

D'altronde, nemmeno potrebbero consumarsi questi propositi mediante un intervento del MES sul mercato primario del debito pubblico italiano, laddove

l'assorbimento deve riguardare titoli di debito già emessi dal Tesoro; a far da corollario a quanto detto sta la consequenziale circostanza per cui il MES dovrebbe intervenire sul mercato secondario dei titoli di debito pubblico, che ha sempre rappresentato per l'Italia teatro di grandi speculazioni in danno delle nostre finanze e della loro stabilità.

Ancora, va sottolineato che permarrebbe, ai fini dell'accollo del debito emesso dall'Italia da parte del MES, la condizione di "minaccia alla stabilità finanziaria" al nostro Paese.

Diviene, allora, pragmatico ritenere che tale requisito debba concepirsi in un'ottica prospettica e prudenziale; infatti, di certo la minaccia alle nostre finanze non si riviene in alcun report attuale, tenuto che il *Pandemic Purchase Programme* della BCE ha consentito emissioni *monstre*, ma non diversamente è a dirsi se si prende in considerazione un orizzonte di, per lo meno, medio periodo.

Secondo stime calmierate per difetto, il nostro debito pubblico, alla fine del 2020, dovrebbe sfiorare il 160% del nostro PIL, rendendo non inverisimili nuovi shock speculativi simili a quelli che già abbiamo conosciuto nel 2011.

Nemmeno, inoltre, si può sperare in aiuto della BCE *ad infinitum*, tenuto conto che i fatti hanno dato per dimostrata l'inettitudine dell'azione monetaria della stessa a raggiungere l'obiettivo di una inflazione vicina al 2% nell'Eurozona.

Se tale considerazione dovesse ergersi a regola programmatica per il direttivo della BCE, nulla esclude che "*Quantitative Easing*" e "*PEPP*" divengano un lontano ricordo per un prossimo futuro ove sarà data per certa la necessità che siano i singoli Stati dell'Eurozona a spingere la ripresa post-pandemia con le proprie politiche fiscali.

4. *Le prospettive future*

Nessuno può escludere che l'Italia corra il pericolo di un *default* nei prossimi 5 anni – l'arco temporale preso in considerazione non a caso è pari alla scadenza di buona parte del debito emesso dall'Italia nel 2020 –, cosa da cui discende l'opportunità di agire in tempi ristretti in via strutturale, approfittando delle condizioni di cassa rese propizie dalle iniziative della BCE nell'attività di acquisto di titoli di stato.

Ergo, atteso che il requisito della minaccia alla stabilità finanziaria sussiste almeno in ottica prospettica e prudenziale, può passarsi ad individuare i soggetti creditori da coinvolgersi nell'operazione di assorbimento con accollo di debito del MES.

Nella scelta dei prefati creditori non possono che privilegiarsi proprio le banche, che sarebbero le prime istituzioni finanziarie ad essere gravemente penalizzate da eventuali shock speculative sul secondario dei titoli di Stato da loro sottoscritti.

Infatti, nel caso di svalutazione di quei titoli di stato italiani, le banche sarebbero costrette, dalle norme prudenziali che operano in materia, ad una revisione dei propri *buffer* di capitale, con un ovvio effetto di *credit crunch* in detrimento delle imprese.

Quindi, al netto del *placet* del Consiglio dei Governatori del MES, Stato italiano e Commissione UE potrebbero concertare di agire secondo il seguente protocollo:

- il MES offre alle banche coinvolte nell'operazione la possibilità di accollarsi il debito emesso dall'Italia da Marzo 2020 ad oggi, accettando la liberazione dell'Italia nei loro confronti;
- l'Italia, a fronte di tale sostituzione, si impegnerebbe a rimborsare al MES il debito accollato, con scadenza raddoppiata rispetto a quella originaria e con un tasso di interesse ponderato rispetto al valore mediano della crescita dell'inflazione nel nostro Paese in un arco temporale pari a quello di scadenza del debito rinegoziato.

5. Soluzioni e conclusioni

È chiaro che per le banche che dovessero accettare tale proposta costituirebbe beneficio diretto il risparmio sui premi pagati per i *Credit Default Swap* acquisiti a copertura del nostro debito, visto il cambio di debitore e il miglioramento del rating dello stesso.

Dunque, lo schema di assorbimento con accollo sarebbe soluzione vantaggiosa per tutti i soggetti coinvolti.

A.I.D.A.

Emilia

Romagna

Il MES ne ricaverebbe un risultato profittevole legato al pagamento del debito riscadenzato e ponderato su valori inflazionistici da parte dell'Italia, le banche coinvolte si assicurerebbero a fronte del rischio di speculazioni sul debito pubblico italiano, evitando aggiustamenti di bilancio ed accantonamenti, mentre l'Italia un indubbio vantaggio dovuto all'abbassamento degli interessi e al riscadenzamento del debito.

CARLA BONACCI

IL PROVVEDIMENTO IVASS n. 97/2020

SOMMARIO — 1. Introduzione — 2. Il quadro normativo — 3. Le modifiche al Regolamento IVASS n. 38/2018 — 4. Le modifiche al Regolamento IVASS n. 40 del 2018 — 5. Le modifiche al Regolamento IVASS n. 41 del 2018.

1. Introduzione

Il 4 agosto 2020, l'IVASS ha emanato il Provvedimento n. 97/2020 che ha modificato e aggiornato i regolamenti IVASS n. 38, 40 e 41 del 2018 sulla distribuzione dei prodotti di investimento assicurativi.

2. Il quadro normativo

Il Regolamento (UE) n. 2359/2017 e la Direttiva (UE) n. 97/2016 disciplinano la distribuzione dei prodotti di investimento assicurativi da parte delle imprese di assicurazione e degli intermediari.

Il decreto legislativo n. 68/2018 ha recepito in Italia le disposizioni europee, prevedendo l'emanazione di ulteriori regolamenti da parte di IVASS e Consob per uniformare la disciplina applicabile alla vendita di IBIPs. Questo, a prescindere dal canale distributivo e per migliorare la coerenza e l'efficacia del sistema di vigilanza.

3. Le modifiche al Regolamento IVASS n. 38/2018

L'articolo 3 del Provvedimento n. 97/2020 ha emendato l'articolo 33 comma 2 del Regolamento IVASS n. 38/2018 prevedendo che nell'identificazione e nella valutazione del rischio di non conformità alle norme, l'impresa verifichi il rispetto

anche delle norme relative al processo di governo e di controllo dei prodotti assicurativi.

4. Le modifiche al Regolamento IVASS n. 40 del 2018

L'articolo 4 del Provvedimento n. 97/2020 ha modificato il Regolamento IVASS n. 40/2018 al fine di razionalizzare e di semplificare gli obblighi a carico degli operatori e di garantire maggiore tutela del consumatore.

In particolare, l'intervento riguarda le collaborazioni orizzontali instaurate tra i distributori di prodotti assicurativi e stabilisce l'obbligo per gli intermediari interessati di comunicare alle imprese mandanti la sottoscrizione di accordi di collaborazione orizzontale. Questo, per permettere alle imprese di avere informazioni più complete e maggiore consapevolezza sui soggetti che distribuiscono i loro prodotti.

Inoltre, il Provvedimento ha inciso anche sulla valutazione delle richieste dei contraenti. Il comma 4-*bis* dell'articolo 58 ha stabilito l'obbligo per il distributore di consegnare al cliente una dichiarazione che attesti la corrispondenza del prodotto assicurativo a quanto da lui richiesto.

5. Le modifiche al Regolamento IVASS n. 41 del 2018

Infine, il Provvedimento n. 97/2020 ha modificato l'articolo 25 del Regolamento IVASS n. 41/2018 relativo all'estratto conto annuale dei contratti aventi ad oggetto i prodotti di investimento assicurativi.

Con questo intervento viene esteso a tutti i prodotti IBIPs quanto già previsto per i contratti *unit linked*, per i quali l'impresa fornisce annualmente una rendicontazione dei costi e delle spese, compresi i costi della distribuzione, anche se effettuata nell'ambito di una collaborazione orizzontale.

Giurisprudenza al vaglio

CASSAZIONE CIVILE, SEZ. V,
ORDINANZA DEL 27 AGOSTO 2020, N. 17912
LA CLAUSOLA RISOLUTIVA ESPRESSA NON HA CARATTERE
VESSATORIO

Con ordinanza del 27 agosto 2020, n. 17912, la Cassazione Civile, sez. VI ha chiarito la natura della clausola risolutiva espressa nel contratto di assicurazione stabilendo che la clausola contrattuale che prevede la risoluzione di diritto del contratto di assicurazione in caso di mancato pagamento di una sola rata del premio da parte dell'assicurato non ha carattere vessatorio, non essendo ricompresa tra quelle previste dall'art. 1341 c.c., con conseguente facoltà della compagnia assicuratrice di trattenere i premi già corrisposti.

Di seguito si riporta il testo dell'ordinanza.

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

SEZIONE SESTA CIVILE

SOTTOSEZIONE 3

Composta dagli Ill.mi Sig.ri Magistrati:

Dott. A. A. – Presidente

Dott. S. A.– Consigliere

Dott. C. F. M. – Consigliere

Dott. R. M. – Consigliere

Dott. D.U. M. – rel. Consigliere

ha pronunciato la seguente:

ORDINANZA

sul ricorso 14577-2019 proposto da:

Z.M., elettivamente domiciliata in ROMA, viale P. 40, presso lo studio dell'avvocato M. R., rappresentata e difesa dall'avvocato G.B.;

– *ricorrente* –

Contro

A. V. SPA, già C. V. N. A. SPA, già B. V. N. SPA, in persona del legale rappresentante pro tempore, elettivamente domiciliata in ROMA via S. presso lo studio dell'avvocato G. A. che la rappresenta e difende, *ope legis*;

– *controricorrente* –

avverso la sentenza n. 483/2018 del TRIBUNALE di VIBO VALENTIA, depositata il 19/11/2018; udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio non partecipata del 04/06/2020 dal Consigliere Relatore Dott. M.D.

Fatto

RILEVATO

Con sentenza resa in data 19/11/2018, il Tribunale di Vibo Valentia, in accoglimento dell'appello proposto dalla C. V. N. Assicurazioni S.p.a., e in riforma della decisione di primo grado, ha dichiarato l'insussistenza del diritto di Z.M. al riscatto della polizza assicurativa conclusa tra le parti, essendosi l'assicurata limitata al solo pagamento della prima rata di premio senza corrispondere nessuna delle successive; a fondamento della decisione assunta, il giudice d'appello ha evidenziato come la clausola contrattuale contenuta nella polizza in esame – in forza della quale, in caso di mancato pagamento di una sola rata di premio, il contratto di assicurazione si sarebbe risolto di diritto, con facoltà della compagnia assicuratrice di trattenere i

premi corrisposti non potesse ritenersi in alcun caso vessatoria (come preteso dall'assicurata), non essendo ricompresa (quale clausola risolutiva espressa) tra le c.d. clausole vessatorie previste dall'art. 1341 c.c., e limitandosi, detta condizione, a riprodurre pedissequamente il contenuto dell'art. 1924 c.c., con la conseguente esclusione della relativa vessatorietà ai sensi dell'art. 1469-ter c.c., comma 3, (applicabile *ratione temporis*);

avverso la sentenza d'appello, Z.M. propone ricorso per cassazione sulla base di un unico motivo d'impugnazione;

la A. V. S.p.a. (già C. V. N. S.p.a.) resiste con controricorso;

a seguito della fissazione della camera di consiglio, sulla proposta di definizione del relatore emessa ai sensi dell'art. 380-bis c.p.c., le parti non hanno presentato memoria.

Diritto

CONSIDERATO

che, con il motivo d'impugnazione proposto, la ricorrente censura la sentenza impugnata per violazione di legge, avendo la corte territoriale erroneamente escluso il carattere vessatorio della clausola risolutiva espressa convenuta tra le parti, non essendo sufficiente la mancata menzione di detta clausola tra quelle espressamente menzionate nell'art. 1341 c.c. (evenienza, peraltro, non riscontrabile nel caso di specie), dovendo il giudice in ogni caso verificarne il carattere vessatorio sotto il profilo dello squilibrio delle posizioni contrattuali dei contraenti delle parti;

il ricorso è manifestamente infondato;

osserva il Collegio come, secondo il consolidato insegnamento della giurisprudenza di questa Corte, la clausola risolutiva espressa (tale dovendo indubitabilmente qualificarsi la condizione contrattuale contestata in questa sede) attribuisce al contraente il diritto potestativo di ottenere la risoluzione del contratto per un determinato inadempimento della controparte, dispensandola dall'onere di provarne l'importanza;

detta clausola non ha carattere vessatorio, atteso che non è riconducibile ad alcuna delle ipotesi previste dall'art. 1341 c.c., comma 2, neanche in relazione all'eventuale aggravamento delle condizioni di uno dei contraenti derivante dalla limitazione della

facoltà di proporre eccezioni, in quanto la possibilità di chiedere la risoluzione è connessa alla stessa posizione di parte del contratto e la clausola risolutiva si limita soltanto a rafforzarla (cfr. *ex plurimis* Sez. 3, Ordinanza n. 17603 del 05/07/2018, Rv. 649554 – 01);

sotto altro profilo, varrà considerare come del tutto correttamente il giudice a quo abbia evidenziato la non configurabilità, in ogni caso, del carattere vessatorio della clausola contrattuale in esame (ai sensi dell'art. 1469-*bis* c.c., comma 1, applicabile *ratione temporis*), trattandosi di una condizione contrattuale meramente ripetitiva di disposizioni di legge (cfr. l'art. 1469-*ter* c.c., comma 3, applicabile *ratione temporis*), avuto riguardo al testo dell'art. 1924 c.c., ai sensi del quale se il contraente non paga i premi successivi nel termine di tolleranza previsto dalla polizza o, in mancanza, nel termine di venti giorni dalla scadenza, il contratto è risolto di diritto, e i premi pagati restano acquisiti all'assicuratore, salvo che sussistano le condizioni per il riscatto dell'assicurazione o per la riduzione della somma assicurata;

al riscontro della complessiva manifesta infondatezza delle censure esaminate segue la pronuncia del rigetto del ricorso, con la condanna della ricorrente al rimborso, in favore della società controricorrente, delle spese del presente giudizio, secondo la liquidazione di cui al dispositivo, oltre l'attestazione della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte della ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello, ove dovuto, per il ricorso, a norma dell'art. 1-*bis*, dello stesso art. 13.

PQM

Rigetta il ricorso e condanna la ricorrente al rimborso, in favore della controricorrente, delle spese del giudizio di legittimità, liquidate in Euro 900,00, oltre alle spese forfetarie nella misura del 15%, agli esborsi liquidati in Euro 200,00, e agli accessori come per legge.

Ai sensi del D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1 quater, dà atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte della ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello, ove dovuto, per il ricorso, a norma dell'art. 1-*bis*, dello stesso art. 13.

A.I.D.A.

Emilia

Romagna

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Sesta Sezione Civile – 3 della Corte Suprema di Cassazione, il 4 giugno 2020.

Depositato in Cancelleria il 27 agosto 2020

TRIBUNALE DI BOLOGNA, SEZ. III,
SENTENZA 14 NOVEMBRE 2019, N. 2453
È ONERE DEL SOGGETTO DANNEGGIATO PROVARE CHE IL RISCHIO
AVVERATOSI RIENTRI NEI RISCHI INCLUSI NELLA COPERTURA
ASSICURATIVA

Con sentenza del 14 novembre 2019, n. 2453, il Tribunale ordinario di Bologna ha chiarito la consistenza degli oneri probatori nel giudizio promosso dall'assicurato nei confronti dell'assicuratore, avente ad oggetto il pagamento dell'indennizzo assicurativo. Secondo il Tribunale è onere dell'attore provare che il rischio avveratosi rientri nei "rischi inclusi", ovvero nella categoria generale di rischi oggetto di copertura assicurativa.

Di seguito si riporta il testo della sentenza.

TRIBUNALE ORDINARIO di BOLOGNA
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TERZA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. P. I. ha pronunciato la seguente:

SENTENZA

nella causa civile di I Grado promossa da

F. di S.N.C. SI. CO. DI FA. FR.

E L.R. (C.F. (omissis)), con il patrocinio

dell'avv. Z.F., elettivamente domiciliato in via D. presso il difensore avv. Z.F.

– attore –

Contro

U.A. S.P.A. (C.F. (omissis)), con il patrocinio dell'avv. S.S., elettivamente domiciliato in via D. G. N., presso il difensore avv. S.S.

– *convenuto* –

Fatto e Diritto

S. C. di F. F. e L.R. conveniva in giudizio l'U.A. S.p.A., per ivi sentire accogliere la domanda e condannare quest'ultima a corrispondere € 520.000,00, pari all'intero massimale di polizza, in forza del contratto di assicurazione infortuni n. 787510002590031 intercorrente tra le parti in causa.

Esponiva che aveva ammesso al passivo il credito del lavoratore infortunato Mr. Br. per €. 579.241,85 (limitato alle voci di danno non coperte dalle prestazioni INAIL) e dell'INAIL per €. 609.899,44 e, quindi, per una somma complessiva ben superiore al massimale di polizza.

Il sinistro era tempestivamente denunciato dalla società, allora *in bonis*, alla Compagnia convenuta, la quale, però, dopo aver sottoposto l'infortunato a visita medico-legale, non lo riteneva indennizzabile.

In fatto precisava che in data 30.10.08 all'interno del cantiere di sua proprietà, il lavoratore di una ditta subappaltatrice, M. B., subiva un gravissimo infortunio con postumi permanenti. Il sinistro era prontamente denunciato e l'INAIL erogava le prestazioni di legge in favore dell'infortunato.

Adiva, quindi, questo Tribunale in virtù del contratto di assicurazione stipulato, secondo il quale al verificarsi di un infortunio da ritenersi assicurato, la Compagnia avrebbe dovuto corrispondere l'indennizzo di polizza nella forma dell'intero massimale, stante la sua incapienza.

Si è costituita in giudizio l'U.A. S.p.A., la quale, prontamente, ha eccepito l'inoperatività della polizza e l'insussistenza del diritto all'indennizzo per varie ed articolate ragioni, così esplicate nel dettaglio:

La domanda di ammissione al passivo del Sig. Br. ex art. 101 L.F. è inammissibile in quanto tardiva e non corredata dalla prova del ritardo non imputabile.

Nel caso di specie, con sentenza. n. 64/12 il Tribunale di Bologna dichiarava il fallimento e fissava per l'adunanza dei creditori per l'esame dello stato passivo l'udienza del 17.09.12.

Tuttavia, il Sig. B. proponeva istanza di ammissione al passivo solo in data 28.10.15 senza allegare le ragioni del ritardo (oltretutto non scusabile, atteso che era certamente a conoscenza del procedimento penale a carico anche dell'amministratore della società). Ciononostante, il F. ammetteva al passivo la somma di €. 609.899,44, anche in violazione dell'art. 1914 cc.

Il credito vantato dal Sig. B. non è supportato da alcuna prova e la semplice ammissione al passivo non è elemento sufficiente ad affermare la debenza di somme a danno della Compagnia, come invece afferma il F. con improprio richiamo all'art. 96 l.f. In particolare, il Sig. B. si è limitato ad allegare alla propria istanza copia della relazione INAIL, la quale tuttavia prova esclusivamente il diritto all'indennizzo, ma non il diverso diritto al risarcimento del danno (ed infatti, la Compagnia sarebbe eventualmente tenuta solo alla corresponsione del danno differenziale). Il credito del Sig. B. è stato acriticamente ammesso per € 609.899,44, laddove l'indennizzo INAIL potrebbe per ipotesi ritenersi già satisfattivo.

Eccepisce inoltre l'assenza di prova della responsabilità della società, ora in fallimento, nella causazione del sinistro; infatti, al momento della insinuazione non era intervenuta alcuna sentenza atta ad accertarne la responsabilità. Neppure tale responsabilità può ritenersi acclarata dalla sentenza penale emessa dal Tribunale di Bologna, atteso che essa non è passata in giudicato e, comunque, l'accertamento non sarebbe opponibile all'assicuratore, in quanto estraneo al giudizio penale (Cass. 4961/10).

Dunque, la sentenza penale allegata dal Fallimento non può spiegare alcun effetto nel presente giudizio.

Parimenti errata è stata l'ammissione al passivo di INAIL, atteso che non risulta in alcun modo provata da quest'ultimo la responsabilità della società fallita nella causazione del danno al Sig. Br. La stessa sentenza penale non può ritenersi allo stato attuale atta ad affermarne la sussistenza della responsabilità, posta la contraddittorietà della sentenza stessa.

Evidenza inammissibilità e infondatezza della domanda attorea con riguardo alla pretesa dell'INAIL, in quanto non risulta accertata la responsabilità di A., atteso che

la sentenza penale emessa nei confronti dell'allora amministratore non è opponibile al Fallimento, e comunque non è passata in giudicato. Nel caso in cui a esito del gravame avverso la sentenza penale il giudizio fosse ribaltato e fosse esclusa la sussistenza della responsabilità dell'amministratore, le somme pretese dall'INAIL dovrebbero essere escluse dal passivo del fallimento, stante la condizione posta nel provvedimento di ammissione al passivo delle somme, condizione che subordina l'ammissione del credito al passaggio in giudicato della sentenza penale.

Evidenzia l'omesso assolvimento della prova da parte dell'INAIL della responsabilità della società fallita nell'occorso.

Ritiene non operativa la polizza assicurativa per violazione da parte del Fallimento dell'obbligo di salvataggio. Infatti, quest'ultimo non ha neppure tentato di richiedere a terzi corresponsabili una compartecipazione alla liquidazione del danno nei confronti del lavoratore, pregiudicando il diritto della Compagnia a surrogarsi nei diritti attorei al fine di recuperare le somme nei confronti di terzi corresponsabili.

Tali violazioni comportano decadenza dal diritto alla copertura assicurativa ex art. 1915 cc.

Ritiene l'attore responsabile di avere arrecato pregiudizio al diritto di surrogazione dell'assicuratore, non avendo provveduto all'interruzione della prescrizione nei confronti dei terzi corresponsabili.

Ritiene non operativa la polizza in forza dell'art. 14 lett. d) CDP, secondo il quale la garanzia non è operante nel caso in cui le opere subappaltate superino il 50% del valore globale di polizza, come nel caso di specie.

L'operatività è esclusa anche ex art. 13 lett. f), posto che il Sig. Br. ha subito l'infortunio in conseguenza dell'uso scorretto della gru concessa in locazione alla società fallita ma utilizzata dal subappaltatore.

La polizza non è operativa anche per avere la società contraente, poi fallita, reso informazioni mendaci, espressamente dichiarando "di non cedere in subappalto più del 50% del valore globale di ogni singola opera o di ogni singolo appalto".

Richiama, poi, i massimali di (omissis) Depositare memorie ex art. 183, co. 6, c.p.c., respinta l'istanza attorea di CTU medico legale, unica istanza istruttoria formulata, la causa, dopo un differimento per la pendenza di serie trattative, è stata assegnata a sentenza previa concessione dei termini ex art. 190 c.p.c. nell'estensione massima.

La domanda attorea è infondata e va respinta.

Invero, come ragion liquida non può ritenersi provata la correttezza del quantum costituente ammissione al passivo, fatto costitutivo della domanda insieme alla prova della responsabilità civile, quantum che risulta solo apoditticamente enunciato, essendosi l'attore limitato a postulare, peraltro solo implicitamente, la correttezza della liquidazione effettuata dall'INAIL, così come affermata in citazione, senza fornirne adeguata prova né delle conseguenze lesive riportate dal lavoratore né della loro corretta stima o valutazione.

Come ha evidenziato la Compagnia, non è provato quali lesioni il sinistro abbia effettivamente comportato, così come manca ogni riferimento alla loro quantificazione in termini di responsabilità civile e la conseguente corretta stima da parte dell'INAIL, correttezza che appare, peraltro solo implicitamente, è affermata senza neppure una minima spiegazione. In estrema sintesi si osserva che parte attorea non ha assolto il proprio onere probatorio, perché non ha prodotto alcuna documentazione medica a suffragio.

A ben vedere, infatti, la richiamata produzione n. 3 è costituita da una relazione riassuntiva dello stato di salute del lavoratore infortunato di apparente provenienza INAIL, aggiornata al 27.09.2012, senza alcuna allegazione di documentazione medica; la richiamata produzione n. 8 invece riproduce l'istanza di ammissione al passivo del lavoratore infortunato, con allegati numerosi eterogeni documenti, ma anch'essa, come la precedente, non contiene traccia di documentazione sanitaria, riproducendo anch'essa una relazione riassuntiva a fonte INAIL, aggiornata al 01.06.2011.

Lo stesso va detto per la richiamata produzione n. 8, integrata dalla domanda di ammissione al passivo dell'INAIL con allegati numerosi eterogeni documenti, ma anch'essa, come le precedenti, non contiene traccia di documentazione sanitaria.

Sarebbe stato invece onere, non soddisfatto, quello di comprovare attraverso idonea documentazione sanitaria le conseguenze lesive patite dal lavoratore e prima ancora, onere anch'esso non soddisfatto, quello di allegare in cosa esse lesioni fossero consistite ed, eventualmente, quali le conseguenza in termini di invalidità; di tutto ciò non v'è traccia alcuna, con la conseguenza che risulta anche non possibile ammettere una CTU medico legale per valutare i postumi, il nesso di causalità con gli asseriti eventi infortunistici e così comparare le risultanze con le valutazioni effettuate dall'assicuratore sociale, per verificarne la eventuale congruità secondo i

normali canoni tipici della responsabilità civile. Ma tutto ciò, come detto, è impedito dalla carenza assertiva e probatoria.

Infatti, nella differente ma contigua, ipotesi del diritto di surroga, secondo il diritto vivente della Suprema Corte, al fine di stabilire il quantum in concreto dovuto all'ente previdenziale, che agisce in forza della surrogazione ex art. 1916 cc, occorre procedere secondo gli ordinari criteri civilistici adottati per la liquidazione del danno da fatto illecito in relazione a ciascuna delle poste di danno, già oggetto di indennizzo, contenendo la pretesa dell'ente previdenziale entro i limiti delle somme così ottenute:

l'ente previdenziale, surrogandosi nei diritti risarcitori dell'infortunato, non può, infatti, acquisire diritti maggiori di quelli originariamente spettanti all'infortunato stesso.

Oltre alle pronunce di Cass. civ., Sez. III, 23/02/2009, n. 4347; Cass. civ., Sez. III, 03/12/2007, n. 25182; Cass. civ., Sez. III, 17/05/2007, n. 11457; Cass. civ., Sez. III, 19/05/2004, n. 9469, in tema della estensione del diritto di surroga dell'assicuratore sociale nazionale, con principi certamente mutuabili anche nel caso di specie, si può ricordare ancora quanto sostenuto nelle seguenti decisioni:

– “Il Giudice può accogliere l'azione di rivalsa dell'INAIL – sia in caso di azione di regresso, di cui agli art. 10 e 11 D.P.R. n. 1124 del 1965, sia in caso di azione in surroga di cui all'art. 1916 c.c. – solo entro i limiti della somma liquidata in sede civile a titolo di risarcimento dei danni patrimoniali, previo accertamento dell'esistenza e dell'entità di tali danni, in base alle norme del codice civile”;

– “L'Assicuratore che agisce in surroga, ai sensi dell'art. 1916 c.c., nei diritti dell'assicurato – danneggiato, ha diritto di ottenere l'intero ammontare delle prestazioni erogate, non decurtato, cioè, della quota riferibile al concorso di colpa, il quale opera, invece, come limite della rivalsa, nel senso che questa non può mai superare la somma complessivamente dovuta dall'autore del danno per effetto del concorso di colpa del danneggiato”. (cfr. Cass. Civ. sez. III, 5 agosto 2010, n. 18181, Cass. civ. sez. III, 23 febbraio 2006, n. 4020, Cass. civ. sez. III, 17 gennaio 2003, n. 604, Cass. civ. sez. III, 29 ottobre 2002, n. 15243, Cass. civ. sez. III, 18 gennaio 2000, n. 492);

– “In ipotesi di accertato concorso di colpa della vittima di un infortunio sul lavoro, il giudice non può, per questo solo fatto, ridurre proporzionalmente l'ammontare

delle somme richieste dall' INAIL in via di rivalsa nei confronti del responsabile dell'infortunio stesso, ma deve previamente determinare, come in qualsiasi altra ipotesi di rivalsa, l'ammontare del danno risarcibile in relazione alla misura dell'accertato concorso di colpa e, quindi, verificare se sulla somma così determinata vi sia capienza per la rivalsa dell'INAIL, procedendo, solo in caso di esito negativo di tale accertamento, a ridurre la somma spettante all'Istituto per le prestazioni erogate all'assicurato (o ai suoi eredi) in modo che la stessa non superi quanto dovuto dal danneggiante.” (Cass. 11 dicembre 2001, n. 15633; nello stesso senso Cass. 5 giugno 2000, n. 7479, Cass. 12 gennaio 1996, n. 187, Cass. 24 agosto 1991, n. 9104, Cass. 1.9.1986, n. 5353);

– “L'assicuratore, che agisce in surrogazione nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili, ai sensi dell'art. 1916 c.c., non può vantare diritti maggiori di quelli che competono in concreto al suo dante causa a titolo risarcitorio.” (Cass. civ. sez. III, 23 maggio 1996, n. 4755).

Da ciò consegue che le valutazioni dell'assicuratore sociale, pur costituendo elemento probatorio dotato di presunzione relativa di legittimità propria di tutti gli atti amministrativi (cfr. in tema Cass. Sez. L, Sentenza n. 1840 del 30/03/1981 Rv. 412533 – 01; Cass. Sez. L, Sentenza n. 185 del 10/01/1984 Rv. 432443 – 01) e non certamente di fede privilegiata come invece vorrebbe il Fallimento attoreo, tuttavia non possono mai prescindere dal dato storico delle lesioni obiettivamente riportate dall'assicurato sociale, che come già detto sono completamente sfornite di allegazione, prima, e prova, poi.

Parte attorea, perché possa vedere accolta la domanda, ha il dovere di provare i fatti che ne costituiscono il fondamento, secondo il generale principio del riparto dell'onere della prova, espressamente statuito all'art. 2697 c.c., e nel caso di specie, a tutto concederle, non v'è prova delle lesioni che legittimerebbero il risarcimento e, conseguentemente, la manleva assicurativa azionata.

Invero, la Cassazione, in una recente pronuncia, ha puntualizzato che «nel giudizio promosso dall'assicurato nei confronti dell'assicuratore, ed avente ad oggetto il pagamento dell'indennizzo assicurativo, è onere dell'attore provare che il rischio avveratosi rientri nei “rischi inclusi”, ovvero nella categoria generale di rischi oggetto di copertura assicurativa.

Se il contratto contiene clausole di delimitazione del rischio indennizzabile (soggettive, oggettive, causali, spaziali, temporali), la sussistenza dei presupposti di

fatto per l'applicazione di tali clausole costituisce un fatto impeditivo della pretesa attorea, e va provato dall'assicuratore» (Cass. civ. sez. III, 23/01/2018, n.1558; e così anche ex multis Cass. civ. sez. III, 21/12/2017, n.30656).

Pertanto, è onere dell'attore-assicurato dimostrare il fatto costitutivo della domanda e, quindi, nel caso di specie l'evento qualificabile come infortunio alla stregua della polizza intercorrente tra le parti in causa e soprattutto le sue conseguenze.

Le spese di lite, come liquidate in dispositivo, seguono la soccombenza.

P.Q.M.

Il Tribunale di Bologna in funzione di Giudice monocratico, definitivamente decidendo nella causa civile promossa dal F. D. SNC SI. DI F.F. e L. R. contro U.A. S.p.A., così decide:

- rigetta la domanda attorea;
- condanna il F. D. SNC S. C. DI F.F. e L.R. al pagamento delle spese processuali che liquida in €. 13.4300,00 per compensi, oltre rimborso forfetario 15%, oltre IVA e CPA se dovuti e nelle aliquote legali. Di. la presente sentenza esecutiva ex lege.

Così deciso in Bologna, il 05.11.2019 Il Giudice Dott. P.I.

CASSAZIONE CIVILE, SEZ. III,
SENTENZA DEL 10 NOVEMBRE 2020, N. 26164
DANNO ALLA SALUTE, DANNO MORALE, IL SISTEMA DI
PERSONALIZZAZIONE E LE TABELLE DI MILANO.

Con sentenza del 10 novembre 2020, n. 26164, la terza sezione civile della Corte di Cassazione è ritornata sul tema del risarcimento del danno morale come pregiudizio non patrimoniale differenziato dal danno alla salute e dal suo sistema di personalizzazione.

In particolare, la Suprema Corte ha affermato che in tema di danno non patrimoniale derivante da sinistro stradale deve essere affermato il principio dell'autonomia del danno morale rispetto al danno biologico, in quanto il danno morale non è suscettibile di accertamento medico-legale, sostanziandosi nella rappresentazione di uno stato d'animo di sofferenza interiore e prescindendo dalle vicende dinamico-relazionali della vita del danneggiato, pur potendole influenzare.

Secondo la Suprema Corte ne consegue che, in caso di concorso del danno dinamico-relazionale e del danno morale, nell'ipotesi di positivo accertamento dei presupposti per la c.d. personalizzazione del danno, è necessario procedere all'aumento fino al 30% del valore del solo danno biologico, depurato dalla componente del danno morale, automaticamente (ma erroneamente) conglobata nel danno biologico nella tabella milanese, sulla base del disposto normativo di cui all'articolo 138, punto 3 del Codice delle assicurazioni.

Di seguito si riporta il testo della sentenza.

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

Composta dagli Ill.mi Sig.ri Magistrati:

Dott. T. G. – Presidente –

Dott. S. D. – rel. Consigliere –

Dott. O. S. – Consigliere –

Dott. S. L. A. – Consigliere –

Dott. V. E. – Consigliere –

ha pronunciato la seguente:

SENTENZA

sul ricorso 25436/2018 proposto da:

A. SPA, elettivamente domiciliata in Roma, via C., presso lo studio dell'avvocato M. C., che la rappresenta e difende;

– *ricorrente* –

contro

F.P.;

– *intimato* –

avverso la sentenza n. 434/2018 della CORTE D'APPELLO di TRIESTE, depositata il 31/07/2018;

udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 28/09/2020 dal Consigliere Dott. D. S.;

udito il P.M., in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. C. A.;

udito l'Avvocato M. C.

Svolgimento del processo

F.P. convenne dinanzi al Tribunale di Trieste la società A., quale impresa designata dal Fondo di garanzia per le vittime della strada, chiedendone la condanna al risarcimento dei danni patiti in conseguenza di un sinistro stradale avvenuto a

(OMISSIS), allorché l'attore, mentre circolava a piedi, venne investito da un autoveicolo poi risultato rubato ed il cui conducente non poté essere identificato.

Il Tribunale rigettò la domanda sul rilievo che l'attore non aveva dimostrato che il veicolo investitore era stato posto in circolazione contro la volontà del proprietario, sì da risultare integrata l'invocata ipotesi di cui all'art. 283, comma 1, lett. d) Codice delle Assicurazioni.

La Corte d'Appello di Trieste ha accolto il gravame del F., riconoscendogli un risarcimento di 213.399,75 Euro, oltre interessi legali dalla sentenza al saldo.

La Corte ha ritenuto che il veicolo da cui era stato investito l'attore fosse effettivamente quello di cui il proprietario aveva denunciato il furto qualche giorno prima del fatto, in considerazione della identità di marca, modello e colore fra i due mezzi, della prossimità temporale tra la data del furto (OMISSIS) e quella dell'incidente, nonché della vicinanza geografica fra il luogo in cui il mezzo era stato rubato e quello del sinistro.

Sul piano del *quantum debeatur*, il giudice di secondo grado ha liquidato il danno alla persona applicando le tabelle di Milano ed ha aumentato l'importo riconosciuto per invalidità permanente del 25 per cento, a titolo di personalizzazione del danno, sul presupposto della "indubbia impossibilità (per la vittima) di cimentarsi in attività fisiche"; infine, ha accordato al F. un'ulteriore somma a titolo di danno morale, ritenendo che le "sofferenze di natura del tutto interiore e non relazionale" fossero "meritevoli di un compenso aggiuntivo (...) al di là della personalizzazione prevista per gli aspetti dinamici compromessi" e liquidando equitativamente 20.000,00 Euro, "valutate le circostanze del caso e l'indubbia sofferenza derivata".

La sentenza d'appello è stata impugnata per cassazione dalla A. S.p.A., con ricorso basato su quattro motivi illustrati da memoria.

Il F. non ha svolto attività difensiva.

All'udienza camerale del 9 gennaio 2020, il collegio, con ordinanza n. 3560 del 2020, ha rimesso il procedimento alla pubblica udienza, ritenendo che i motivi di ricorso ponessero tre delicate questioni di diritto, di rilievo nomofilattico, e cioè:

- a) la corretta individuazione, anche ai fini della determinazione del *quantum debeatur* risarcitorio, dei presupposti per la c.d. personalizzazione del danno alla salute e della relativa motivazione;

b) la corretta individuazione dei presupposti per il risarcimento dei pregiudizi non patrimoniali non aventi fondamento medico-legale, della relativa prova e della relativa motivazione;

1. c) la corretta individuazione dei confini tra la personalizzazione del danno alla salute e la liquidazione dei pregiudizi morali non aventi fondamento medico-legale.

Motivi della decisione

1. Col primo motivo, la società ricorrente lamenta, ai sensi dell'art. 360 c.p.c., n. 3, la violazione dell'art. 115 c.p.c. e art. 2729 c.c., assumendo che la Corte d'Appello è pervenuta ad affermare l'effettivo avverarsi del sinistro e il coinvolgimento in esso del veicolo denunciato come rubato sulla base di indizi privi dei requisiti di gravità, precisione e concordanza.

La ricorrente ha cura di precisare che, con tale motivo, intende dolersi di un "vizio di sussunzione", con riferimento *all'art. 2729 c.c.*, ed invoca a sostegno di tale deduzione tre pronunce di questa Corte (n. 19485/17, n. 17535/08 e n. 17457/07).

1.1. Non ricorre il denunciato vizio di sussunzione, giacché gli elementi considerati dalla Corte territoriale non appaiono all'evidenza carenti dei requisiti della gravità, precisione e concordanza e risultano pertanto idonei a costituire – nel loro complesso – oggetto della valutazione presuntiva.

Il motivo è pertanto inammissibile perché si risolve nella censura di un accertamento di fatto, concernente la ricostruzione della dinamica del sinistro stradale e la valutazione delle prove, che, in quanto coerentemente motivato, non è sindacabile in sede di legittimità (cfr., *ex multis*, Cass. n. 5484/2019 e Cass. n. 1234/2019).

2. Col secondo motivo, la ricorrente deduce, ai sensi *dell'art. 360 c.p.c.*, n. 3, la violazione degli *artt. 1223, 1226, 2056 e 2059 c.c.*

Lamenta che la Corte d'Appello abbia accordato alla vittima la cosiddetta personalizzazione del risarcimento del danno alla salute in assenza di qualsiasi circostanza di fatto che la giustificasse e in violazione dei principi stabiliti dalla giurisprudenza di legittimità.

2.1. Il motivo è fondato, nei limiti di cui si dirà.

Questa Corte ha ripetutamente affermato che la “personalizzazione” del risarcimento del danno alla salute consiste in una variazione in aumento (ovvero, in astratta ipotesi, anche in diminuzione) del valore standard del risarcimento, per tenere conto delle specificità del caso concreto; la *L. n. 124 del 2017* – che ha modificato gli artt. 138 e 139 Codice delle assicurazioni private-discorre espressamente di incidenza rilevante su specifici aspetti dinamico- relazionali.

Questi ultimi devono consistere, secondo il più recente insegnamento di questo giudice di legittimità, in circostanze eccezionali e specifiche, sicché non può essere accordata alcuna variazione in aumento del risarcimento standard previsto dalle “tabelle” per tenere conto di pregiudizi che qualunque vittima che abbia patito le medesime lesioni deve sopportare, secondo l’*id quod plerumque accidit*, trattandosi di conseguenze già considerate nella liquidazione tabellare del danno (cfr. Cass. n. 7513/2018, Cass. n. 10912/2018, Cass. n. 23469/2018, Cass. n. 27482/2018 e, da ultimo, Cass. 28988/2019).

Nel caso di specie, invece, la Corte territoriale ha accordato la personalizzazione “in quanto non si rinvencono in atti elementi utili che consentano di altrimenti valutare in termini economici la perdita di capacità di lavoro, sia generica che specifica” ed a fronte del fatto che la vittima si trovi nella “indubbia impossibilità di cimentarsi in attività fisiche (le uniche che si ritiene potessero essere svolte dal F.)”, ritenendo che tale circostanza non possa “essere del tutto trascurata” e pertanto vada “assunta quale elemento per la personalizzazione nell’ambito del danno biologico (...), che appare equo fissare nella misura del 25%”.

In tal modo, la Corte è incorsa in un duplice errore di diritto, in quanto:

la personalizzazione del danno deve trovare giustificazione nel positivo accertamento di specifiche conseguenze eccezionali, ulteriori rispetto a quelle ordinariamente conseguenti alla menomazione, e non può quindi costituire lo strumento per ovviare alla carenza di prova in punto di danno alla capacità lavorativa, tanto più che la lesione alla capacità di lavoro generica è ricompresa nell’ambito delle conseguenze ordinarie del danno alla salute e quella relativa alla capacità lavorativa specifica, da valutarsi nell’ambito del danno patrimoniale, esula dalla sfera del danno biologico;

l’evidenziata impossibilità di compiere determinati atti fisici a causa dell’invalidità residua al sinistro costituisce proprio l’*ubi consistam* del danno biologico “standard”, con la conseguenza che tale pregiudizio è stato liquidato dalla Corte di

Appello due volte: la prima a titolo di danno alla salute, la seconda a titolo di personalizzazione, in difetto – però – dell’indicazione di circostanze specifiche ed eccezionali.

3. Col terzo motivo, la ricorrente lamenta, ai sensi *dell’art. 360 c.p.c.*, n. 3, la violazione degli *artt. 1223, 1226, 2056 e 2059 c.c.*: assume che erroneamente la Corte di Appello ha accordato all’attore l’importo di 20.000,00 Euro a titolo di danno morale, in assenza dei presupposti stabiliti dalla giurisprudenza di legittimità per la liquidazione di questo tipo di danno.

Espone, al riguardo, che la sentenza impugnata ha liquidato il danno alla salute in base alle tabelle milanesi, che sono tuttavia fondate su un sistema che “incorpora” nel valore monetario del singolo punto di invalidità anche il pregiudizio morale, sì che la Corte territoriale ha finito per liquidare quest’ultimo due volte.

3.1. Il motivo è parzialmente fondato, sia pur nei limiti e con le precisazioni che seguono.

Va osservato, in premessa, come sia del tutto conforme a diritto, ed integralmente condiviso da questa Corte, il principio affermato in sentenza secondo il quale la voce di danno morale mantiene la sua autonomia e non è conglobabile nel danno biologico, trattandosi di sofferenza di natura del tutto interiore e non relazionale, e perciò meritevole di un compenso aggiuntivo al di là della personalizzazione prevista per gli aspetti dinamici compromessi (in tal senso, Cass. n. 910/2018, Cass. n. 7513/2018, Cass. n. 28989/2019).

3.1.1. Altrettanto correttamente, la Corte triestina procede alla valutazione del danno morale in via autonoma e successivamente rispetto alla precedente (sia pur, nella specie, imprevedibile) personalizzazione del danno biologico, volta che tale personalizzazione è specificamente disciplinata in via normativa (art. 138, n. 3 nuovo testo C.d.A.: “qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico- relazionali personali documentati e obiettivamente accertati, l’ammontare del risarcimento del danno, calcolato secondo quanto previsto dalla tabella unica nazionale (...), può essere aumentato dal giudice, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato, fino al 30%”). La correttezza della decisione è confermata dall’espresso e non equivoco contenuto del testo legislativo dianzi citato (art. 138, punto 2, lett. a): “per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all’integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale, che esplica un’incidenza

negativa sulle attività Quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato), da leggersi in combinato disposto con la successiva lettera e) del medesimo punto 2 (“al fine di considerare la componente morale da lesione dell’integrità fisica, la quota corrispondente al danno biologico (...) è incrementata in via progressiva e per punto, individuando la percentuale di aumento di tali valori per la personalizzazione complessiva della liquidazione”).

3.1.2. Trova definitiva conferma normativa, come già da tempo affermato da questa Corte, il principio della autonomia del danno morale rispetto al danno biologico, atteso che il sintagma “danno morale” 1) non è suscettibile di accertamento medico-legale; 2) si sostanzia nella rappresentazione di uno stato d’animo di sofferenza interiore, che prescinde del tutto (pur potendole influenzare) dalle vicende dinamico-relazionali della vita del danneggiato.

3.1.3. A tanto consegue che, nel procedere alla liquidazione del danno alla salute, il giudice di merito dovrà:

1) accertare l’esistenza, nel singolo caso di specie, di un eventuale concorso del danno dinamico-relazionale e del danno morale;

2) in caso di positivo accertamento dell’esistenza (anche) di quest’ultimo, determinare il quantum risarcitorio applicando integralmente le tabelle di Milano, che prevedono la liquidazione di entrambe le voci di danno, ma pervengono (non correttamente, per quanto si dirà nel successivo punto 3) all’indicazione di un valore monetario complessivo (costituito dalla somma aritmetica di entrambe le voci di danno);

3) in caso di negativo accertamento, e di conseguente esclusione della componente morale del danno (accertamento da condurre caso per caso, secondo quanto si dirà nel corso dell’esame del quarto motivo di ricorso), considerare la sola voce del danno biologico, depurata dall’aumento tabellarmente previsto per il danno morale secondo le percentuali ivi indicate, liquidando, conseguentemente il solo danno dinamico-relazionale, 4) in caso di positivo accertamento dei presupposti per la cd. personalizzazione del danno, procedere all’aumento fino al 30% del valore del solo danno biologico, depurato, analogamente a quanto indicato al precedente punto 3, dalla componente morale del danno automaticamente (ma erroneamente) inserita in tabella, giusta il disposto normativo di cui al già ricordato art. 138, punto 3, del novellato codice delle assicurazioni.

4. Il quarto motivo denuncia, ai sensi *dell'art. 360 c.p.c.*, n. 4, la nullità della sentenza *ex art. 132 c.p.c.*, n. 4, sul rilievo che il giudice di appello ha accordato il ristoro del danno morale con una motivazione assolutamente carente ovvero apparente, incorrendo in un “automatismo risarcitorio” che è stato escluso dalla stessa Cass. n. 901/2018 richiamata dalla sentenza impugnata.

4.1. Il motivo è infondato.

4.1.1. Premessa la diversa (e non più discutibile) ontologia del danno morale, questa Corte ha costantemente affermato (per tutte, Cass., S.U. n. 26972/2008) che, attenendo il pregiudizio non patrimoniale de quo ad un bene immateriale, il ricorso alla prova presuntiva è destinato ad assumere particolare rilievo e può costituire anche l'unica fonte di convincimento del giudice, pur essendo onere del danneggiato l'allegazione di tutti gli elementi che, nella concreta fattispecie, siano idonei a fornire la serie concatenata dei fatti noti, onde consentire di risalire al fatto ignoto (così definitivamente superandosi la concezione del danno in re ipsa, secondo la quale il danno costituirebbe una conseguenza imprescindibile della lesione, tale da rendere sufficiente la dimostrazione di quest'ultima affinché possa ritenersi sussistente il diritto al risarcimento).

4.1.2. Occorre, cioè, verificare se, alla complessità della morfologia del danno non patrimoniale, derivante dalla complessità contenutistica dei diritti della persona di volta in volta lesi, corrisponda un altrettanto articolato onere assertorio e probatorio.

In ossequio al disposto *dell'art. 163 c.p.c.*, comma 2, n. 4, oggetto di allegazione devono essere i fatti primari, ovvero i fatti costitutivi del diritto al risarcimento del danno e, con specifico riguardo alle conseguenze pregiudizievoli causalmente riconducibili alla condotta, l'attività assertoria deve consistere nella compiuta descrizione di tutte le sofferenze di cui si pretende la riparazione (mentre all'onere di allegazione dei danni non corrisponde un onere di qualificazione giuridica, ovvero il loro inquadramento sub specie iuris, alla luce del principio iura novit curia).

4.1.3. L'onere di allegazione è altresì funzionale all'esplicazione del diritto di difesa, onde consentire di circoscrivere il contenuto dello speculare onere di contestazione e, di conseguenza, di delimitare, nell'ambito dei fatti allegati, quelli da provare.

4.1.4. In tema di danno non patrimoniale, la rilevanza pratica di tale principio è, tuttavia, marginale atteso che, considerata la dimensione eminentemente soggettiva

del danno morale, alla sua esistenza non corrisponde sempre una fenomenologia suscettibile di percezione immediata e, quindi, di conoscenza ad opera delle parti contrapposte al danneggiato.

4.1.5. Ad un così puntuale onere di allegazione – la cui latitudine riflette la complessità e multiformità delle concrete alterazioni in cui può esteriorizzarsi il danno non patrimoniale che, a sua volta, deriva dall'ampiezza contenutistica dei diritti della persona investiti dalla lesione ingiusta – non corrisponde, pertanto, un onere probatorio parimenti ampio.

Esiste, difatti, nel territorio della prova dei fatti allegati, un ragionamento probatorio di tipo presuntivo, in forza del quale al giudice è consentito di riconoscere come esistente un certo pregiudizio in tutti i casi in cui si verifichi una determinata lesione – sovente ricorrendosi, a tal fine, alla categoria del fatto notorio per indicare il presupposto di tale ragionamento inferenziale, mentre il riferimento più corretto ha riferimento alle massime di esperienza (i fatti notori essendo circostanze storiche concrete ed inoppugnabili, non soggette a prova e pertanto sottratte all'onere di allegazione).

4.1.6. La massima di esperienza, difatti, non opera sul terreno dell'accadimento storico, ma su quello della valutazione dei fatti, è regola di giudizio basata su leggi naturali, statistiche, di scienza o di esperienza, comunemente accettate in un determinato contesto storico-ambientale, la cui utilizzazione nel ragionamento probatorio, e la cui conseguente applicazione, risultano doverose per il giudice, ravvisandosi, in difetto, illogicità della motivazione, volta che la massima di esperienza può da sola essere sufficiente a fondare il convincimento dell'organo giudicante.

Tanto premesso, non solo non si ravvisano ostacoli sistematici al ricorso al ragionamento probatorio fondato sulla massima di esperienza specie nella materia del danno non patrimoniale, e segnatamente in tema di danno morale, ma tale strumento di giudizio consente di evitare che la parte si veda costretta, nell'impossibilità di provare il pregiudizio dell'essere, ovvero della condizione di afflizione fisica e psicologica in cui si è venuta a trovare in seguito alla lesione subita, ad articolare estenuanti capitoli di prova relativi al significativo mutamento di stati d'animo interiori da cui possa inferirsi la dimostrazione del pregiudizio patito.

Del resto, alla base del parametro standard di valutazione che è alla base del sistema delle tabelle per la liquidazione del danno alla salute, altro non v'è se non un ragionamento presuntivo fondato sulla massima di esperienza per la quale ad un certo tipo di lesione corrispondono, secondo l'id quod plerumque accidit, determinate menomazioni dinamico-relazionali, per così dire, ordinarie.

Un attendibile criterio logico-presuntivo funzionale all'accertamento del danno morale quale autonoma componente del danno alla salute (così come di qualsiasi altra vicenda lesiva di un valore/interesse della persona costituzionalmente tutelato: Corte costituzionale n. 233 del 2003) è quella della corrispondenza, su di una base di proporzionalità diretta, della gravità della lesione rispetto all'insorgere di una sofferenza soggettiva: tanto più grave, difatti, sarà la lesione della salute, tanto più il ragionamento inferenziale consentirà di presumere l'esistenza di un correlato danno morale inteso quale sofferenza interiore, morfologicamente diversa dall'aspetto dinamico relazionale conseguente alla lesione stessa.

Nel caso di specie, la Corte territoriale, nell'indicare (f. 5, primo periodo della sentenza) tanto le imponenti e penose conseguenze dell'inabilità temporanea, quanto le condizioni soggettive del danneggiato, quanto – infine – la percentuale complessiva dell'inabilità permanente, ha correttamente applicato tale ragionamento probatorio, specificando, del tutto correttamente, al successivo f. 6, che le conseguenti sofferenze, di natura interiore e non relazionale, apparivano meritevoli di un compenso aggiuntivo al di là della personalizzazione prevista per gli aspetti dinamici compromessi, così mostrando di aver colto appieno la corretta ontologia del danno morale, sia pur incorrendo, poi, nell'errore di liquidazione di cui si è detto in precedenza, volta che, riconosciuta la risarcibilità autonoma del danno morale, non ha considerato che tale voce di danno era già ricompresa nel valore monetario complessivamente indicato nella tabella applicata.

5. In applicazione dei principi sopra richiamati e tenuto conto dei motivi accolti, ritiene il collegio che la sentenza possa essere cassata con decisione nel merito, riconoscendo al danneggiato, F.P., la complessiva somma di 162.815,00 Euro a titolo di danno biologico e di danno morale (di cui Euro 46.476,00 per inabilità temporanea ed Euro 116.339,00 per invalidità permanente), in applicazione delle tabelle milanesi (Cass. 12408/2011) alla luce dei criteri sinora indicati, con conseguente eliminazione delle poste di danno relative alla personalizzazione (Euro 29.084,75), perchè non spettante, e al danno morale (Euro 20.000,00), poichè già ricompreso, quest'ultimo, nel valore monetario indicato dalle suddette tabelle.

L'importo anzidetto va incrementato di Euro 1.500,00 (a titolo di rimborso forfettario di spese, come riconosciuto dalla Corte territoriale), pervenendosi pertanto alla cifra finale di Euro 164.315,00, in moneta attualizzata al momento della sentenza di secondo grado, oltre agli interessi legali da tale pronuncia al saldo.

6. Attesa la peculiarità delle questioni esaminate, involgenti profili di rilevanza nomofilattica, sussistono le condizioni per l'integrale compensazione delle spese del presente giudizio; quanto ai gradi di merito, l'esito della lite giustifica la parziale compensazione delle spese (nella misura di 1/3) che vanno poste, per il residuo, a carico della A.

P.Q.M.

La Corte, rigettati il primo e il quarto motivo, accoglie il secondo e il terzo, nei termini di cui in motivazione; cassa in relazione ai motivi accolti e, decidendo nel merito, condanna la A. a pagare al F. la somma di Euro 164.315,00, oltre agli interessi legali dalla data della pronuncia di secondo grado fino al saldo;

compensate per un terzo le spese dei gradi di merito, condanna la Allianz a rifondere al F. le restanti spese, liquidate, per la residua quota di due terzi, in Euro 8.667,00 quanto al giudizio di primo grado e in Euro 5.333,00 quanto al giudizio di appello; compensa integralmente le spese del presente giudizio.

Così deciso in Roma, il 28 settembre 2020.

Note dalla Redazione di AIDA Emilia Romagna

➤ IL PROVVEDIMENTO IVASS N. 101/2020

Il 15 dicembre 2020, l'IVASS ha pubblicato il Provvedimento n. 101/2020, recante alcune integrazioni e modifiche al precedente [Provvedimento n. 97/2020](#).

Con l'emanazione del Provvedimento n. 97 del 4 agosto 2020, l'IVASS è intervenuto sulla disciplina dell'attività di distribuzione dei prodotti di investimento assicurativi di cui al Regolamento Delegato (UE) 2017/2359 della Commissione, che integra la Direttiva (UE) 2016/97 del Parlamento europeo e del Consiglio. Il Provvedimento n. 97/2020 ha inoltre chiarito alcune modifiche che il decreto legislativo n. 68 del 21 maggio 2018 aveva apportato al Codice delle Assicurazioni Private e al Testo Unico della Finanza.

Il Provvedimento IVASS n. 97/2020 ha inoltre apportato modifiche e integrazioni ai Regolamenti ISVAP n.n. 23 e 24 del 2008 ai Regolamenti IVASS n.n. 38, 40 e 41 del 2018, al fine di razionalizzare e semplificare gli obblighi a carico degli operatori e accrescere il livello di tutela dei consumatori.

Perseguendo la volontà di supportare il più possibile le attività delle imprese e degli intermediari assicurativi e riassicurativi e di tutelare maggiormente i consumatori a seguito dell'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19, l'IVASS ha ritenuto opportuno intervenire nuovamente, con il Provvedimento in esame, modificando alcune disposizioni del precedente Provvedimento n. 97/2020.

Il Provvedimento n. 101/2020, in particolare, ha previsto di esonerare, già a partire dalla prossima scadenza del 5 febbraio 2021, gli intermediari iscritti nelle sezioni A, B o F del Registro degli intermediari assicurativi dall'obbligo di attestare il rinnovo del contratto di assicurazione della responsabilità civile ovvero, in caso di contratto pluriennale, la conferma dell'efficacia della relativa copertura.

Pertanto, il Provvedimento n. 101/2020 con la previsione dell'articolo 1, ha integrato il regime transitorio recato dall'articolo 6 del Provvedimento n. 97/2020, mediante inserimento del comma 1bis che prevede l'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 4, comma 13, del Provvedimento n. 97/2020 a partire dalla scadenza del 5 febbraio 2021.

A.I.D.A.

Emilia

Romagna

L'Istituto ha tuttavia specificato che resta fermo, in ogni caso, l'assolvimento dell'obbligo di stipulazione del contratto di assicurazione della responsabilità civile è prerequisito essenziale per l'iscrizione nel Registro degli intermediari assicurativi – anche a titolo accessorio – e riassicurativi, nonché per il mantenimento dell'operatività e per l'instaurazione dei rapporti di collaborazione orizzontale, sulla base di quanto previsto dal Codice delle Assicurazioni Private. L'IVASS, pertanto, continuerà a svolgere le sue verifiche ai sensi dell'articolo 45, comma 3, del Regolamento IVASS n. 40/2018, per assicurare il regolare esercizio dell'attività distributiva.

➤ L'IVASS E LE CONSEGUENZE DELLA BREXIT NEL SETTORE ASSICURATIVO

Il 14 gennaio 2021 l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ha pubblicato sul proprio sito internet istituzionale un comunicato in favore di consumatori e utenti, al fine di chiarire quali saranno le principali conseguenze della Brexit nel settore assicurativo.

Che cos'è la *Brexit*?

Il 23 giugno 2016 si è tenuto nel Regno Unito un referendum, con il quale i cittadini britannici sono stati chiamati a decidere se lasciare o restare nell'Unione Europea (*leave or remain*). La maggioranza dei votanti si è espressa a favore dell'uscita (c.d. *Brexit*).

Il 29 marzo 2017 il Regno Unito ha notificato al Consiglio europeo l'attivazione della procedura di uscita dall'UE, invocando l'articolo 50 del trattato sull'Unione europea in base al quale ogni Stato membro può decidere di ritirarsi dall'Unione europea conformemente alle sue norme costituzionali. Se decide di farlo, deve informare il Consiglio europeo della sua intenzione e negoziare un accordo sul suo ritiro, stabilendo le basi giuridiche per un futuro rapporto con l'Unione europea.

I negoziatori hanno avuto due anni a disposizione dalla data in cui è stata chiesta l'applicazione dell'articolo 50 per concludere l'accordo. Questo termine è stato successivamente prorogato dal Consiglio europeo, su richiesta del Regno Unito fino al 31 gennaio 2020. L'accordo di recesso del Regno Unito dall'UE è stato approvato dalla maggioranza qualificata degli Stati membri, ha ricevuto il consenso del Parlamento europeo il 29 gennaio 2020 e dal 1° gennaio 2021 è entrato in vigore.

Dal 1° febbraio 2020 il Regno Unito non è più uno Stato membro dell'Unione e ha cessato di essere rappresentato nelle istituzioni europee.

L'accordo di recesso ha previsto un periodo di transizione fino al 31 dicembre 2020 durante il quale la normativa europea ha continuato ad applicarsi come se il Regno Unito fosse ancora uno Stato membro.

Dal 1° gennaio 2021 agli operatori UK che operano nell'Unione europea (quindi anche in Italia) si applica la normativa relativa ai soggetti di Paesi terzi, fermo quanto previsto dal d.l. n. 183/2020 c.d. "Milleproroghe" del Governo italiano che ha introdotto specifiche misure transitorie nazionali in relazione ai rapporti in essere.

Cosa accade dopo la *Brexit*?

Dal 1° gennaio 2021 le imprese di assicurazione e gli intermediari assicurativi britannici, in quanto divenuti operatori di Stato terzo, non possono più operare in regime di passaporto europeo ma devono ricevere l'autorizzazione da parte dell'IVASS per svolgere l'attività assicurativa in regime di stabilimento extra SEE (Rappresentanza di impresa di assicurazione di Stato terzo, Sezione II dell'Albo) secondo le disposizioni del Codice delle Assicurazioni e della relativa disciplina regolamentare. Non possono invece esercitare l'attività assicurativa in Italia in regime di libera prestazione di servizi.

Ai sensi del d.l. "Milleproroghe" le imprese di assicurazione con sede legale nel Regno Unito che sino al 31 dicembre 2020 risultavano abilitate ad esercitare l'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento e/o di libera prestazione di servizi, dal 1° gennaio 2021 sono state cancellate dagli elenchi tenuti dall'IVASS. Tali imprese proseguono l'attività nei limiti della gestione delle coperture in corso senza assumere nuovi contratti né rinnovare quelli esistenti, fino alla relativa scadenza o ad altro termine evidenziato dall'impresa in uno specifico Piano da presentare all'IVASS. Di tale operatività l'IVASS assicura adeguata evidenza pubblica.

In particolare, le imprese devono:

- informare contraenti, assicurati e altri aventi diritto a prestazioni assicurative del regime di operatività a esse applicabile, entro quindici giorni dalla fine del periodo di transizione, anche mediante comunicazione sul proprio sito istituzionale;
- presentare all'IVASS, entro novanta giorni dalla fine del periodo di transizione, un Piano contenente le misure che consentono di dare spedita e corretta esecuzione dei contratti e delle coperture in corso a tale data, inclusi i pagamenti dei sinistri;
- presentare all'IVASS, con cadenza annuale, una relazione contenente lo stato di attuazione del Piano.

I consumatori (contraenti, assicurati e altri aventi diritto a prestazioni assicurative):

- devono ricevere dall'impresa con sede legale in UK un'informativa sulle modalità attraverso le quali l'impresa continuerà ad operare; tale informativa potrà anche essere pubblicata solo sul sito dell'impresa;
- dal 1° gennaio 2021 possono recedere senza oneri aggiuntivi dai contratti che abbiano durata superiore all'anno, dandone comunicazione scritta all'impresa, ovvero possono esercitare altre forme di scioglimento dal vincolo contrattuale. Il recesso ha effetto dalla scadenza della prima annualità successiva alla data di esercizio del recesso stesso;
- non possono avvalersi delle clausole di tacito rinnovo dei contratti;
- possono inviare i reclami direttamente all'impresa, secondo le modalità previste dal Regolamento ISVAP 24/2008 e, in caso di mancata risoluzione, all'IVASS.

Iniziative dell'IVASS

In vista dell'uscita del Regno Unito dall'Unione europea, l'IVASS già nel 2018 ha chiesto alle imprese di assicurazione con sede legale nel Regno Unito di:

- adottare speciali piani di azione (*contingency plans*) per assicurare la continuità del servizio e l'esecuzione dei contratti stipulati in Italia;
- informare prontamente i clienti italiani sulle misure adottate e sul loro impatto per i contratti in essere.

L'IVASS ha seguito, in collaborazione con EIOPA (Autorità europea delle assicurazioni e delle pensioni aziendali e professionali) e le altre Autorità nazionali, l'adozione e la corretta esecuzione dei piani d'azione e la correttezza dell'informativa agli assicurati sulle possibili conseguenze della *Brexit*.

Il 3 ottobre 2018 l'IVASS ha indirizzato alle imprese del Regno Unito operanti in Italia una lettera, richiamando la loro attenzione sulla necessità di procedere con tempestività a:

- inviare una adeguata informativa individuale sugli impatti della *Brexit* ai propri assicurati e beneficiari italiani, secondo le linee della *Opinion* EIOPA;
- pubblicare un'analogha informativa sul proprio sito internet;

A.I.D.A.

Emilia

Romagna

- trasmettere appropriate istruzioni alle proprie reti distributive sulle informazioni da fornire agli assicurati attuali e potenziali.

Inoltre, il 10 novembre 2020 l'IVASS ha pubblicato un Comunicato con cui ha informato gli assicurati italiani in merito agli effetti della *Brexit* sugli operatori assicurativi britannici e in relazione ai contratti in essere.

A.I.D.A.

Emilia

Romagna
