



**LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE**  
**TERZA SEZIONE CIVILE**

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. Franco DE STEFANO	- Presidente -
Dott. Marco ROSSETTI	- Consigliere -
Dott. Augusto TATANGELO	- Consigliere -
Dott. Stefano Giaime GUIZZI	- Rel. Consigliere -
Dott. Raffaele ROSSI	- Consigliere -

Oggetto

**ASSICURAZIONE  
DANNI**

Assicurazione per  
responsabilità  
professionale -  
Clausola  
contrattuale -  
Interpretazione -  
Obbligo  
dell'assicurato di  
"uberrima bona  
fides" -  
Conseguenze

ha pronunciato la seguente

**ORDINANZA**

**R.G.N. 11641/2023**

sul ricorso 11641-2023 proposto da:

Cron.

in persona del legale rappresentante

Rep.

"pro tempore", con domicilio eletto in Roma, via

Ud. 05/06/2025

presso lo studio dell'Avv.

, ma domiciliato "ex

Adunanza camerale

lege" presso l'indirizzo di posta elettronica dei propri difensori

come in atti, rappresentato e difeso dagli Avvocati

**OSCURAMENTO  
DATI  
SENSIBILI**

e

;

**- ricorrente -**

**contro**

con domicilio eletto in Roma, via

presso lo studio dell'Avv.

, ma domiciliato "ex

lege" presso l'indirizzo di posta elettronica del proprio difensore

come in atti, rappresentato e difeso dall'Avvocato

;



**- controricorrente -****nonché contro**

S.A.; CASA DI CURA "

S.R.L.;

**- intimati -**

Avverso la sentenza n. 766/2023, della Corte d'appello di Milano,  
depositata in data 07/03/2023;

udita la relazione della causa svolta nell'adunanza camerale in  
data 05/06/2025 dal Consigliere Dott. Stefano Giaime GUIZZI.

**FATTI DI CAUSA**

1. La società S.p.a. ricorre, sulla base  
di un unico motivo, per la cassazione della sentenza n. 766/23,  
del 7 marzo 2023, della Corte d'appello di Milano, che - nel  
respingerne, per quanto qui ancora d'interesse, il gravame  
avverso la sentenza n. 54/22, del 17 gennaio 2022, del Tribunale  
di Pavia - ha confermato l'accoglimento della domanda di manleva  
proposta, nei confronti di da  
in relazione ad una fattispecie di *malpractice* medica della  
quale il medesimo era stato riconosciuto responsabile in quello  
stesso giudizio.

2. Riferisce, in punto di fatto, l'odierna ricorrente che in  
relazione all'avvenuto decesso di in data 8 giugno  
2012, a seguito di intervento chirurgico di riparazione e  
reinserzione della cuffia della spalla destra, i congiunti del  
defunto, e  
ebbero a convenire in giudizio - per vederne accertata la  
responsabilità e per conseguire il ristoro dei danni subiti - la Casa  
di Cura " S.r.l. e i membri dell'equipe medica



che esegui l'operazione, ovvero il medico chirurgo, Dott.

e l'anestesista, dott. La società convenuta in giudizio chiedeva - e otteneva - di essere autorizzata a chiamare in casa, per essere da essa manlevata,

S.A., al pari degli altri convenuti, che proponevano domanda di manleva verso

Per quanto qui d'interesse, costituitesi in giudizio le terze chiamate, all'esito dell'istruttoria, consistita anche nell'esame di alcuni testi e nello svolgimento di consulenza tecnica medico-legale, il primo giudice riconosceva l'esclusiva responsabilità del Dott. in relazione alla morte di —

condannando il sanitario a risarcire il danno cagionato ai congiunti, ma ponendo il relativo obbligo a carico

in accoglimento della domanda di manleva. Proposto gravame da quest'ultima, il giudice d'appello lo respingeva, ritenendo che ad escludere l'operatività della garanzia assicurativa - prevista da una polizza "*on claims made*" conclusa dal Dott. tre giorni dopo il decesso di

- non potesse valere la previsione di cui all'art. 1892 cod. civ., escludendo, la Corte territoriale, che l'assicurato si fosse reso inadempiente all'obbligo di riferire, al momento della conclusione della polizza, circostanze rilevati che, se correttamente riferite, avrebbero indotto la a non stipulare il contratto, ovvero a stipularlo a condizioni diverse. Rilevava, infatti, il giudice di seconde cure che, ai sensi dell'art. 17 delle condizioni generali di assicurazione, per i fatti anteriori alla stipula della polizza (come nella fattispecie in esame), l'assicurazione era stata contratta esclusivamente per le responsabilità per le quali l'assicurato "non abbia ricevuto alla data di stipula richieste risarcitorie e se questi non abbia avuto percezione, notizia o conoscenza, dell'esistenza dei presupposti di detta responsabilità. L'omessa percezione, notizia o conoscenza per colpa dell'Assicurato del fatto o del



comportamento anteriore alla stipula della polizza esclude, del pari, l'operatività della copertura assicurativa". Nella specie, tuttavia, "alla data di stipula della polizza assicurativa con il 15 giugno 2012, il dott. non aveva ricevuto alcuna richiesta di risarcimento dai familiari del sig. (pervenuta solo successivamente, in data 23 giugno 2013) e neppure era a conoscenza delle valutazioni medico-legali espresse nella relazione del collegio di periti nominati dalla Procura della Repubblica di Vigevano nel procedimento penale n. 1149/2012".

3. Avverso la sentenza della Corte ambrosiana ha proposto ricorso per cassazione sulla base - come detto - di un unico motivo.

3.1. Esso denuncia - ex art. 360, comma 1, n. 3), cod. proc. civ. - l'illegittimità del capo della sentenza che ha rigettato l'eccezione ex art. 1892 cod. civ., per violazione o falsa applicazione degli artt. 1892 e 2697 cod. civ.

Nel premettere che, nel contratto di assicurazione recante clausola "*on claims made*", "la richiesta risarcitoria del danneggiato" - come si assume essere stato chiarito da questa Corte - "rappresenta soltanto un elemento costitutivo del diritto all'indennizzo, ma non incide sull'oggetto della assicurazione che rimane invariato" (e che, nel caso di specie, è la responsabilità professionale medica), la ricorrente evidenzia la necessità di ricostruire la portata dell'art. 1892 cod. civ. entro tale cornice. Tale norma, "espressione del generale dovere di buona fede e correttezza tra i contraenti", estende "l'obbligo informativo indistintamente a tutte le circostanze rilevanti per la prestazione del consenso dell'assicuratore", sicché la sua violazione è da ravvisare ogni qual volta le dichiarazioni dell'assicurato "offrano



una rappresentazione della realtà parziale, incompleta, errata, imprecisa e comunque infedele”.

In particolare, “nella responsabilità civile medica”, sottolinea la ricorrente, “la conoscenza da parte del medico assicurando del fatto di potere avere provocato, in esito ad un determinato trattamento, un danno ad un paziente che si ponga all’esterno della sequenza causale normalmente attesa da quel trattamento integra certamente, e da sola, circostanza rilevante ai sensi e per gli effetti della norma di cui all’art. 1892 cod. civ. nelle polizze aventi efficacia retroattiva, con correlato obbligo precontrattuale dello stesso medico assicurando, conforme a correttezza e buona fede, di riferirne all’assicuratore”. E ciò, si sottolinea, “a prescindere dall’avere egli (appunto) già ricevuto la richiesta di risarcimento del preteso danneggiato, ovvero già avuto conoscenza dell’accertamento da parte di terzi professionisti di una sua responsabilità risarcitoria”.

4. Ha resistito all’avversaria impugnazione, con controricorso, chiedendo che la stessa sia dichiarata inammissibile o, comunque, rigettata.

5. Sono rimasti solo intimati S.A.,  
La Casa di Cura “ S.r.l.,  
e nonché

6. In relazione al presente ricorso veniva formulata proposta di definizione accelerata del ricorso, ex art. 380-*bis*, comma 1, cod. proc. civ., così motivata:

*“Il ricorso presenta profili di inammissibilità.*

*Invero, l’unico articolato motivo proposto, da un lato, non spiega in cosa sia consistita la pretesa violazione dell’art. 2697 c.c. (noto essendo, peraltro, che per denunciare un simile vizio in*



*sede di legittimità occorre dedurre che il giudice del merito ha addossato l'onere di provare i fatti rilevanti sulla parte non tenutavi per legge - v. Cass. n. 26769/2018), e dall'altro, quanto alle dichiarazioni dell'assicurato, attiene specificamente a profili fattuali, la cui valutazione è rimessa al giudice del merito, censurabile in questa sede solo sotto il profilo motivazionale (nei ristretti limiti in cui ciò è ancora ammesso - v. Cass., Sez. Un., n. 8053/2014), censura nella specie non agitata dalla ricorrente".*

Il ricorrente ha richiesto la decisione del collegio ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, sicché la trattazione del ricorso è stata fissata ai sensi dell'art. 380-bis.1 cod. proc. civ.

7. Ricorrente e controricorrente hanno presentato memoria.

8. Il Collegio si è riservato il deposito nei successivi sessanta giorni.

## **RAGIONI DELLA DECISIONE**

9. Il ricorso va accolto.

9.1. Il solo motivo di ricorso è fondato, sia pure una volta espuntone l'irrilevante - se non inammissibile - riferimento alla violazione della norma sul riparto dell'onere della prova.

9.1.1. Nello scrutinarlo, occorre muovere da quanto affermato - di recente - da questa Corte, la quale ha sottolineato che l'art. 1892 cod. civ. è "espressione del consolidato principio per cui il contratto di assicurazione esige dall'assicurato la *uberrima bona fides*, in quanto solo l'assicurato è a conoscenza delle circostanze che consentiranno all'assicuratore di valutare l'intensità del rischio e fissare il relativo premio", di talché "la reticenza



gravemente colposa dell'assicurato non è sanata dalla circostanza che il contratto non gli imponesse espressamente un onere di *discovery*", e ciò perché siffatto onere "discende dalla legge e non dal contratto, ed è inderogabile in quanto - essendo preordinato a garantire l'equilibrio tra premio e rischio - è dettato nell'interesse dell'intera massa degli assicurati e non dell'assicuratore" (così, in motivazione, Cass. Sez. 3, ord. 6 febbraio 2025, n. 3010, non massimata).

Difatti, "poiché l'assicuratore non conosce il rischio che assume, ha bisogno di qualcuno che glielo descriva. E questi non può che essere l'assicurato, alle cui dichiarazioni l'assicuratore è libero di prestar fede senza ulteriori adempimenti", in particolare non avendo "l'onere di sindacare l'onestà dell'assicurato" o "di indagare su eventuali reticenze dell'assicurato al momento della stipula", come "si desume - tra gli altri - dagli artt. 1892 e 1909 cod. civ."; esse, infatti, sancendo "la perdita o la riduzione del diritto all'indennizzo nelle ipotesi ivi previste di inesatta descrizione del rischio o del valore della cosa assicurata, non subordinano affatto la decadenza dell'assicurato all'assenza di indagini *ad hoc* da parte dell'assicuratore. Lo stesso è a dirsi per la previsione di cui all'art. 1898 cod. civ., la quale nel caso di aggravamento del rischio pone un onere di informazione a carico dell'assicurato, ma non un obbligo di indagine a carico dell'assicuratore. Obbligo del resto superfluo, perché la sanzione della reticenza dell'assicurato (o del contraente) è già nel sistema e rappresentata dalla perdita del diritto all'indennizzo" (così Cass. Sez. 3, ord. 24 luglio 2024, n. 20658, non massimata).

9.1.2. È, dunque, in tale contesto - nel quale l'obbligo di "*uberrima bona fides*", gravante sull'assicurato, di riferire tutte le circostanze che influiscono sulla determinazione del rischio (e, quindi, sulla quantificazione del premio), può persino prescindere



dalla previsione di apposita clausola contrattuale, nel caso di specie, peraltro, presente - che deve essere ricostruita la portata dell'impegno assunto dal Dott. in forza dell'art. 17 delle Condizioni generali di assicurazione.

Orbene, poiché detto articolo subordinava l'operatività della garanzia in favore del sanitario, per fatti suscettibili di comportarne la responsabilità professionale, alla duplice (alternativa) condizione che l'assicurato "non abbia ricevuto alla data di stipula richieste risarcitorie", ovvero che "non abbia avuto percezione, notizia o conoscenza, dell'esistenza dei presupposti di detta responsabilità", risulta errato quanto affermato dalla Corte. Ovvero, che la garanzia potesse, nella specie, operare, giacché il dott. al momento della stipula del contratto "non aveva ricevuto alcuna richiesta di risarcimento dai familiari del sig.

(pervenuta solo successivamente, in data 23 giugno 2013) e neppure era a conoscenza delle valutazioni medico-legali espresse nella relazione del collegio di periti nominati dalla Procura della Repubblica di Vigevano nel procedimento penale n. 1149/2012".

La clausola contrattuale suddetta, infatti, dava rilievo anche solo alla mera "percezione", da parte dell'assicurato, della sussistenza dei presupposti della propria responsabilità. Evenienza, questa, dotata di autonomo rilievo, rispetto alla "conoscenza" di richieste di risarcimento, da apprezzarsi, oltretutto, da parte della Corte territoriale, anche alla luce delle peculiari caratteristiche della presente vicenda. Essa, in particolare, avrebbe dovuto stabilire se la sussistenza di quella "percezione" non fosse desumibile - secondo quel "giudizio sintetico a posteriori", ai quali è dato ricorrere nell'interpretare la portata delle clausole contrattuali del contratto di assicurazione (cfr., sul punto, Cass. Sez. 3, sent. 5 luglio 2022, n. 21217, Rv. 667020-01) - da talune circostanze di fatto. E in particolar modo





dalla circostanza che, appena tre giorni prima della conclusione del contratto - destinato a coprire anche vicende pregresse alla sua stipulazione, in deroga all'ordinario modello di cui all'art. 1917 cod. civ. (operante, di regola, solo per i fatti accaduti durante il tempo dell'assicurazione), ciò che pertanto conferiva carattere particolarmente cogente a quello obbligo di "*uberrima bona fides*" di cui sopra si diceva - si era verificato l'inaspettato decesso del paziente in relazione a quella che è stata (poi) accertata essere la "grave imperizia" del sanitario.

L'omissione di tale verifica implica, quindi, l'imperfetta applicazione dell'art. 1892 cod. civ. e la fondatezza del motivo, sia pure sotto questo ben circoscritto profilo.

10. In conclusione, il ricorso va accolto e la sentenza impugnata cassata in relazione, con rinvio alla Corte d'appello di Milano, in diversa composizione, per la decisione sul merito e sulle spese di lite, ivi comprese quelle del presente giudizio di legittimità, in applicazione del seguente principio di diritto:

*"l'art. 1892 cod. civ. è espressione del consolidato principio per cui il contratto di assicurazione esige dall'assicurato la uberrima bona fides, in quanto solo l'assicurato è a conoscenza delle circostanze che consentiranno all'assicuratore di valutare l'intensità del rischio e fissare il relativo premio, di talché la clausola contrattuale che subordini l'operatività della garanzia in favore dell'assicurato, per fatti suscettibili di comportarne la responsabilità professionale, alla duplice (alternativa) condizione che il medesimo «non abbia ricevuto alla data di stipula richieste risarcitorie», ovvero che «non abbia avuto percezione, notizia o conoscenza, dell'esistenza dei presupposti di detta responsabilità», deve essere interpretata attribuendo a tale seconda condizione autonoma rilevanza rispetto alla prima, con conseguente obbligo di separata verifica anche di quella".*



11. Infine, per la natura della *causa petendi*, va di ufficio disposta l'omissione, in caso di diffusione del presente provvedimento, delle generalità e degli altri dati identificativi degli intimati e oltre che della vittima "primaria" dell'illecito, ai sensi dell'art. 52 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196.

### **P. Q. M.**

La Corte accoglie ricorso, cassando la sentenza impugnata, con rinvio alla Corte d'appello di Milano, in diversa composizione, per la decisione sul merito e per la liquidazione delle spese di lite, ivi comprese quelle del presente giudizio di legittimità.

Dispone che, ai sensi dell'art. 52 del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, in caso di diffusione del presente provvedimento siano omessi generalità ed altri dati identificativi degli intimati e oltre che della vittima "primaria" dell'illecito,

Così deciso in Roma, all'esito dell'adunanza camerale della Sezione Terza Civile della Corte di Cassazione, svoltasi il 5 giugno 2025.

Il Presidente  
Franco DE STEFANO

