

**Civile Decr. Sez. U Num. 14120 Anno 2025**

**Presidente:**

**Relatore:**

**Data pubblicazione: 27/05/2025**



**CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE**

**LA PRIMA PRESIDENTE**

1. - Nel corso di un giudizio civile in tema di responsabilità civile di un professionista esercente l'attività odontoiatrica e della relativa struttura sanitaria privata, con la chiamata in causa della compagnia assicurativa del primo, il Tribunale di Modena, con ordinanza in data 1° aprile 2025, ha sollevato ai sensi dell'art. 363 bis c.p.c. le due seguenti questioni pregiudiziali:

*“1- nell'ipotesi di condanna solidale della struttura sanitaria e del professionista al risarcimento dei danni cagionati dalla colpa lieve del secondo, (se) l'art. 9, comma 1, l. 8.3.2017 n. 24 consenta di attribuire l'intero debito alla struttura in sede di accertamento delle quote nel rapporto interno dei coobbligati e, in caso affermativo, di escludere la rivalsa del professionista nei confronti dell'assicuratore della sua responsabilità civile, ove le parti contraenti abbiano convenuto che l'assicuratore risponda solo della quota dell'obbligazione risarcitoria imputabile all'assicurato;*

*2- (se) gli artt. 1915, comma 2 – 1932, comma 1 c.c. e l'art. 11, comma 1 l. 8.3.2017 n. 24 consentano di limitare l'assicurazione della responsabilità civile on claims made alle richieste di risarcimento del danneggiato pervenute per la prima volta all'assicurato in pendenza del contratto, purché denunciate all'assicuratore entro la scadenza del suo termine di durata o in un termine susseguente”.*

2. - L'ordinanza di rinvio pregiudiziale è stata pubblicata nel sito istituzionale della Corte, a cura del Centro elettronico di documentazione, e iscritta alla Cancelleria centrale civile, prendendo il numero di Registro



Generale 6905 del 2025.

3. - Il Tribunale rimettente, nel ricostruire l'articolata vicenda processuale, evidenzia che il giudizio è sorto a seguito di decreto ingiuntivo richiesto ed ottenuto dalla struttura sanitaria nei confronti del paziente per l'importo di euro 1.000,00, quale residuo corrispettivo per le prestazioni odontoiatriche erogate a quest'ultimo.

Il paziente ha proposto opposizione al decreto ingiuntivo dinanzi al Giudice di Pace di Modena, avanzando altresì domande riconvenzionali di risoluzione del contratto, di restituzione di quanto già pagato in precedenza e di risarcimento del danno subito, chiamando altresì in causa – previa autorizzazione del giudice – i due sanitari, ausiliari della struttura ingiungente, che avevano eseguito la prestazione odontoiatrica.

Con sentenza non definitiva del novembre 2020, il Giudice di Pace ha separato le domande riconvenzionali, rimettendole al Tribunale di Modena e alla relativa riassunzione ha provveduto il paziente, attore in riconvenzionale, con chiamata dei professionisti e della compagnia assicuratrice di uno solo dei sanitari già chiamati in causa.

Il giudice *a quo* dà atto, altresì, che è avvenuto l'espletamento del pregiudiziale accertamento tecnico preventivo richiesto dall'art. 8 della legge n. 24 del 2017, in combinato disposto con l'art. 696-*bis* c.p.c., nel corso quale sarebbe stata accertata la colpa (lieve) di un solo sanitario, con esclusione del coinvolgimento dell'altro professionista. L'errore dell'odontoiatra avrebbe causato al paziente una inabilità temporanea parziale di giorni sessanta con riduzione della matrice ossea (da cui sarebbe derivata una invalidità permanente del due per cento).

L'ordinanza di rimessione pone in rilievo, ancora, che nel giudizio di merito sono stati adottati tre diversi provvedimenti.

Anzitutto, una sentenza parziale (depositata il 18 febbraio 2025, n. 226)



con cui il Tribunale ha disposto:

a) la risoluzione per inadempimento della struttura sanitaria del contratto concluso con il paziente, con conseguente condanna della struttura medesima, a titolo di ripetizione dell'indebito, al pagamento in favore del secondo di euro 8.000,00, oltre interessi accessori;

b) la condanna, a titolo di risarcimento del danno, della struttura sanitaria e del professionista individuato come responsabile della condotta lesiva al pagamento, in solido tra loro, in favore del paziente di euro 5.864,24, oltre accessori;

c) il rigetto delle domande del paziente e della struttura sanitaria nei confronti dell'altro professionista evocato in giudizio, con regolazione delle spese processuali e dell'istruzione preventiva tra il paziente e quest'ultimo professionista, con la prosecuzione del processo tra la struttura sanitaria, l'altro odontoiatra e la compagnia di assicurazione di quest'ultimo.

E' stata, poi, adottata un'ordinanza con cui è stata rilevata la nullità parziale sotto più profili del contratto di assicurazione intercorso fra il professionista e la propria compagnia assicurativa e, in particolare, per contrarietà agli artt. 1917, comma terzo, e 1932, comma primo, c.c., della clausola di gestione delle vertenze e spese legali e per contrarietà agli artt. 1915, comma secondo, e 1932, comma primo, e/o 2965 c.c. delle clausole che richiedono all'assicurato di denunciare all'assicuratore entro il quindicesimo giorno successivo alla scadenza termine di durata del contratto le eventuali richieste risarcitorie ricevute anche per fatti antecedenti al periodo di assicurazione, purché entro il periodo di retroattività contrattualmente previsto.

Infine, con l'ordinanza in epigrafe, sono state, quindi, sollevate le questioni pregiudiziali sopra indicate, che lo stesso giudice rimettente afferma essere coincidenti "solo in parte con le questioni rilevate d'ufficio".



4. – In punto di rilevanza dei dubbi interpretativi, il Tribunale di Modena, quanto alla prima questione pregiudiziale, osserva – sul presupposto che nei confronti del professionista sanitario risulti esclusa la gravità della colpa, con conseguente prognosi di rigetto della domanda di regresso proposta dalla struttura sanitaria nei suoi confronti, ai sensi dell’art. 9 della legge n. 24/2017, che rende esercitabile la rivalsa “solo in caso di dolo o colpa grave” - che l’art. 7 («Responsabilità solidale») delle condizioni contrattuali regolanti la polizza assicurativa del sanitario prevede che «in caso di responsabilità solidale dell’Assicurato con altri soggetti (persone fisiche o aziende sanitarie e non) la Società risponde soltanto per la quota di pertinenza dell’assicurato stesso, determinata sia in quota certa con sentenza, sia presuntivamente ex artt. 1298 e/o 2055 c.c. delle quote di danno imputabili a coobbligati».

Secondo il giudice *a quo*, premesso che la legge n. 24/2017 non ha escluso la legittimazione passiva del professionista, si porrebbe, secondo le rispettive tesi in campo, l’alternativa tra il ritenere che il citato l’art. 9 esprima un principio generale o il reputare, piuttosto, che il regresso del professionista sia disciplinato soltanto dall’art. 2055 c.c., da cui l’ulteriore alternativa se quest’ultimo, nel rapporto con la struttura, dopo aver azzerato la propria quota rivalendosi completamente (in quanto appunto responsabile per sola colpa lieve), si veda a quel punto privato della manleva nei confronti del proprio assicuratore (come sostenuto in giudizio dalla compagnia assicuratrice, facendo leva sull’interpretazione letterale della clausola contrattuale) o se, invece, la rivalsa possa corrispondere all’intero proprio debito così da risultare comunque titolare di copertura assicurativa nell’ipotesi – definita fisiologica – in cui il danno sia la conseguenza di una semplice colpa lieve del professionista.

L’ordinanza di rimessione rammenta, inoltre, come la legge n. 24/2017 non disciplini il regresso del professionista e come vi siano, in effetti, molteplici pronunce di legittimità che avrebbero preso in esame fattispecie



antecedenti all'entrata in vigore di detta legge e che, pertanto, non sarebbero utili nel caso di specie (vengono citate: Cass., sez. III, 11.11.2019, n. 28987; Cass., sez. III 20.10.2021, n. 29001; Cass., sez. III, 26.4.2022, n. 12965; Cass., sez. III 28.5.2024, n. 7905).

4.1. – In riferimento alla seconda questione pregiudiziale, il giudice *a quo* osserva che occorre stabilire se gli artt. 1915, comma secondo, 1932, comma primo, c.c. e l'art. 11, comma 1, della legge n. 24/2017, consentano di limitare l'assicurazione della responsabilità civile *on claims made* alle richieste di risarcimento del danneggiato pervenute per la prima volta all'assicurato in pendenza del contratto, purché denunciate all'assicuratore entro la scadenza del suo termine di durata o in un termine susseguente, previsto contrattualmente.

In punto di fatto, l'ordinanza di rimessione rammenta che il professionista ha ricevuto la prima richiesta di risarcimento del paziente il 18 novembre 2019, durante la vigenza del contratto di assicurazione (15 agosto 2019-15 agosto 2020), ma ne ha informato l'assicuratore soltanto il 26 novembre 2021, con la notifica della chiamata in causa. Di qui, l'eccezione di inoperatività della garanzia assicurativa da parte della compagnia terza chiamata in causa.

Il Tribunale di Modena richiama, quindi, l'assetto operativo delle condizioni generali di contratto *inter partes*, precisando che, in base agli artt. 1 e 3, è necessario che: «*a.* la richiesta risarcitoria del danneggiato pervenga all'assicurato in pendenza del contratto e questa è la caratteristica tipica e imprescindibile della clausola *claims made* (fattispecie esaminata da CC SU 24.9.2018 n. 22437); *b.* l'illecito fonte del danno oggetto della richiesta sia stato commesso nel periodo di efficacia del contratto, eventualmente esteso, come in ispecie, dalla clausola di retroattività, e questa è la caratteristica ulteriore ed eventuale della clausola *claims made*, che la rende mista (fattispecie esaminata da CC SU 6.5.2016 n. 9140); *c.* l'assicurato denunci la



richiesta risarcitoria all'assicuratore entro la scadenza del contratto o entro il quindicesimo giorno successivo e questa è un'ulteriore variabile compatibile con tutte le forme di assicurazione della responsabilità civile (*act committed o loss occurrence e claims made*), ma naturalmente dotata di maggior pregnanza nella seconda ipotesi, ove il “fatto dannoso” corrisponde alla richiesta di risarcimento del danneggiato».

Ad avviso del giudice *a quo*, tali clausole pongono il dubbio alternativo se il ritardo colpevole (quale viene indicato a carico del professionista) abbia o meno effetti impeditivi dell'obbligo indennitario in capo all'assicurazione, a seconda che la denuncia contribuisca o meno a identificare il rischio assicurativo.

Dopo aver richiamato argomenti a sostegno o contrari alle due tesi indicate, l'ordinanza di rimessione ricorda esplicitamente: Cass., sez. III, 26.7.2024, n. 21036, inerente ad una richiesta risarcitoria del danneggiato presentata all'assicurato oltre ventiquattro mesi dopo la scadenza del contratto; Cass., sez. III, 22.4.2022, n. 12908, relativa ad una richiesta di risarcimento pervenuta all'assicurato in data successiva all'estinzione del rapporto assicurativo e denunciata all'assicuratore dopo oltre quattro anni dal suo recesso dal contratto; Cass., sez. III, 13.5.2020, n. 8894, relativa ad una richiesta risarcitoria presentata per la prima volta dal danneggiato all'assicurato dopo la scadenza del contratto.

Il giudice *a quo* osserva, quindi, che numerosi provvedimenti di legittimità si sono espressi a favore della validità dell'assicurazione *claims made*, ma rileva che “la contrarietà all'art. 2965 c.c. è stata finora esclusa dalla giurisprudenza per la clausola *claims made* ibrida o, a fortiori, pura, non per la clausola *claims made and reported*”, così come andrebbe qualificata la polizza oggetto del giudizio *a quo*.

5. – Il rinvio pregiudiziale sollevato dal Tribunale di Modena non può



essere ammesso, facendo difetto dei requisiti stabiliti dall'art. 363-*bis* c.p.c.

6. – Va, infatti, rilevato, in via assorbente di ogni altro profilo, che, in riferimento alla seconda questione pregiudiziale, non si ravvisa il presupposto della novità del dubbio interpretativo e ciò in termini tali da rendere solo teorica la prima questione sollevata e, dunque, priva di incidenza effettiva sulla definizione anche parziale del giudizio.

7. – Occorre, infatti, evidenziare che la decisione assunta dalla richiamata Cass., sez. III, 26.7.2024, n. 21036 è propriamente incentrata sulla questione pregiudiziale sollevata, essendo relativa ad un contratto assicurativo *claims made* in cui si controverteva degli effetti derivanti dal ritardo con cui l'assicurato aveva denunciato il sinistro alla propria compagnia (nel caso di specie circa due anni, corrispondenti al ritardo che viene in rilievo nella causa modenese).

In quella pronuncia si è, infatti, ritenuta l'infondatezza del motivo di ricorso avanzato dall'Azienda Ospedaliera nei confronti della decisione di merito che aveva rigettato la domanda di manleva dalla stessa proposta nei confronti della propria compagnia assicurativa.

Sotto un primo profilo, è stata esclusa la vessatorietà della clausola *claims made*, giacché «da reputarsi in termini di delimitazione dell'oggetto del contratto, con conseguente esclusione, quindi, della natura vessatoria ai sensi dell'art. 1341 c.c., in quanto clausola non limitativa della responsabilità, correlandosi l'insorgenza dell'indennizzo, e specularmente dell'obbligo di manleva, alla combinata ricorrenza della condotta del danneggiante (la vicenda storica determinativa delle “conseguenze patrimoniali” di cui “l'assicurato intende traslare il rischio”: cioè, del “danno”) e della richiesta del danneggiato» (così la citata Cass., S.U., n. 22437/2018).

Sotto una seconda prospettiva, è stata altresì esclusa la violazione dell'art.



2965 c.c.: “Questa Corte ha, infatti, enunciato (successivamente all’arresto, rimasto isolato, portato da Cass. n. 8894/2020), il principio (coerente agli approdi nomofilattici recati dalle citate Cass., S.U., n. 9140/2016 e da Cass., S.U., n. 22437/2018) - e che, pertanto, si intende qui ribadire - per cui, in tema di assicurazione della responsabilità civile, la clausola *claims made* non integra una decadenza convenzionale, nulla ex art. 2965 c.c. nella misura in cui fa dipendere la perdita del diritto dalla scelta di un terzo, dal momento che la richiesta del danneggiato è fattore concorrente alla identificazione del rischio assicurato, consentendo pertanto di ricondurre tale tipologia di contratto al modello di assicurazione della responsabilità civile, nel contesto del più ampio *genus* dell’assicurazione contro i danni ex art. 1904 c.c., della cui causa indennitaria la clausola *claims made* è pienamente partecipe (Cass. n. 12908/2022; Cass. n. 12462/2024)”.

La stessa Cass. n. 21036/2024 - nel ritenere l’inammissibilità della censura proposta sotto la pretesa violazione dell’art. 1322, comma secondo, c.c. (in quanto il modello di assicurazione della responsabilità civile con clausole *on claims made basis*, quale deroga convenzionale all’art. 1917, comma primo, c.c., consentita dall’art. 1932 c.c., è riconducibile al tipo dell’assicurazione contro i danni, dovendo perciò al più operarsi una valutazione di conformità al tipo contrattuale ex art. 1322 comma primo, c.c.) - ha anche affrontato (aspetto di cui l’ordinanza di rinvio non sembra dare conto) proprio la compatibilità dell’assicurazione *claims made* con l’art. 11 della legge n. 24/2017.

A tal riguardo, la medesima pronuncia ha confermato la motivazione della sentenza della Corte d’Appello impugnata – ritenuta una coerente applicazione del principio affermato dalla S.C. – in quanto ha «posto in rilievo anche l’inconsistenza della dedotta nullità della clausola in esame sotto l’ulteriore profilo della difformità della stessa dal modello normativo di cui alla legge n. 24/2017 (e non già dall’inapplicabile modello assicurativo codicistico *loss occurrence*) quanto alla esclusione della retroattività della garanzia, essendo



tale aspetto irrilevante, nella specie, per esser “l’evento dannoso verificatosi nel periodo di efficacia del contratto».

Assume, altresì, rilievo la più recente Cass., sez. III, 14.11.2024, n. 29437 che, nel ribadire il principio di diritto enunciato da Cass. 21036/2024 (in linea con i precedenti ivi richiamati), ha accolto il motivo di ricorso proposto dalla compagnia assicurativa nei confronti della decisione di merito che aveva rilevato la nullità di una polizza “*claims made*” c.d. impura, ritenendo inderogabile *in pejus* la c.d. clausola di ultrattività (detta “*sunset clause*”). La decisione di legittimità ha cassato la pronuncia di merito in un caso in cui la polizza valorizzata dalla struttura ospedaliera era efficace nel periodo 31 dicembre 1998 – 31 dicembre 2000, il fatto che aveva dato origine alla garanzia assicurativa risaliva al 14 agosto 2000 – quindi, entro il periodo di efficacia –, ma la prima richiesta risarcitoria dei terzi danneggiati era stata presentata solo il 2 agosto 2010. Inoltre, in motivazione, Cass. n. 29437/2024 ha ribadito come la validità del modello negoziale sia stata affermata da un orientamento del Suprema Corte adeguatamente rappresentato (si citano: Cass., Sez. Un., 24.9.2018, n. 22437; Cass., sez. III, 26.4.2022, n. 12981; Cass., sez. III, 12.3.2024, n. 6490; Cass., sez. III, 8.5.2024, n. 12462; Cass., sez. III, 30.5.2024, n. 15216; Cass., sez. III, 26.7.2024, n. 21036), rilevando altresì che sia Cass., S.U., n. 22437/2018, che Cass., S.U., n. 9140/2016, hanno escluso una violazione dell’art. 2965 c.c., restando invece affidato al giudice del merito un controllo sul sinallagma contrattuale rispetto al quale elemento da considerare è, in particolare, l’entità del premio pagato alla compagnia assicurativa.

Pertanto, il precedente di cui a Cass., sez. III, 13.5.2020, n. 8894, pure richiamato nell’ordinanza di rimessione - per il quale, invece, è nulla, per contrasto con gli artt. 1341 e 2965 c.c., la clausola che pone a carico dell’assicurato un termine di decadenza per denunciare l’evento la decorrenza del quale non dipende dalla sua volontà - è stato superato dall’orientamento



più recente della medesima Terza Sezione, più volte espresso, tanto che, come detto, la decisione del 2020 viene ricordata da Cass. n. 21036/2024 come un precedente “isolato”.

8. – I profili giuridici implicati dalla seconda questione oggetto del rinvio pregiudiziale risultano, dunque, più volte affrontati dalla giurisprudenza di legittimità, anche a Sezioni Unite, e di ciò dà atto lo stesso giudice *a quo*, giustificando, però, la rimessione ritenendo comunque possibile quel “contrasto latente tra decisioni” che in passato è stato ritenuto sufficiente a valutare l’ammissibilità della questione (decreto Prima Pres. n. 17439/2024, che, ai fini dell’ammissibilità del rinvio pregiudiziale, ha ritenuto “sufficiente anche una latente divergenza tra le decisioni”).

E, tuttavia, se l’ammissibilità del rinvio pregiudiziale è consentita in presenza di un contrasto – latente o meno – di carattere sincronico, rispetto al quale un’esigenza di chiarezza definitiva può porsi, diversamente è da reputarsi allorquando (come nella specie) una evoluzione diacronica degli orientamenti della giurisprudenza di legittimità abbia superato una propria precedente ed isolata affermazione di diritto, anche a prescindere dall’intervento delle Sezioni Unite, che, comunque, nella materia in esame si sono pure certamente espresse (cfr. Cass., S.U., n. 22437/2018 e Cass., S.U., n. 9140/2016).

9. – Alle considerazioni che precedono si ritiene, comunque, di aggiungere, quanto alla prima questione oggetto del rinvio *ex art. 363-bis c.p.c.*, che la stessa non può dirsi connotata da gravi difficoltà interpretative, né da novità.

10. – Sotto il primo profilo, va osservato che l’assicuratore della responsabilità civile (r.c.), una volta indennizzato il proprio assicurato, si



surroga nei diritti di quest'ultimo verso eventuali terzi corresponsabili (art. 1917 c.c.). La surroga avviene *ope legis*, per effetto del solo pagamento dell'indennizzo (Cass., S.U., 22.5.2018, n. 12565).

L'assicuratore della r.c., dunque, può chiedere ai corresponsabili del danno la stessa somma che ad essi avrebbe potuto chiedere l'assicurato, *ex art. 1299 c.c. (c.d. surroga nel diritto di regresso)*.

Ora, nessuna norma e nessun principio ulteriore rispetto agli artt. 1228, 1299 e 2055 c.c. disciplinano l'eventuale diritto di regresso di un medico nei confronti della struttura sanitaria.

Tale diritto è, quindi, soggetto alle regole ordinarie: gravità della colpa ed entità delle conseguenze che ne sono derivate.

L'art. 9 della legge 24/2017 non viene in rilievo rispetto alla pretesa del medico contro la struttura, né a quella dell'assicuratore surrogante, in quanto delle due l'una: *a)* se il paziente è stato già risarcito dalla struttura, l'obbligazione è estinta: nulla è dovuto dal medico al paziente e nulla è dovuto dall'assicuratore al medico assicurato; *b)* se il paziente escute direttamente il medico, il diritto di regresso di quest'ultimo verso la struttura presuppone l'avvenuto pagamento, ma l'ipotesi del medico (o del suo assicuratore) che risarcisce il paziente e vuole rivalersi nei confronti della struttura è estranea all'art. 9 della legge 24/2017, che è norma speciale e, quindi, insuscettibile di interpretazione estensiva.

11. – Sotto il secondo profilo, deve rilevarsi che sono, comunque, presenti talune pronunce della Terza Sezione civile che in motivazione hanno effettuato un vaglio di compatibilità (o meno) fra disciplina dettata dagli artt. 2055 e 1298 c.c. e sopravvenuta disposizione dell'art. 9 della legge n. 24/2017 (seppure nei singoli casi non applicata *ratione temporis*), che potrebbe ugualmente orientare l'interprete.

In particolare, Cass., sez. III, 11.11.2019, n. 28987 ha affermato che “(...)



la sopravvenuta legge n. 24 del 2017, al di là dei peculiari contenuti delle singole disposizioni espressione della discrezionalità regolatoria del legislatore, costituisce, nella cornice della specialità della materia, indice ermeneutico d'indirizzo a supporto della ricostruzione qui esposta e che muove dalle appena indicate premesse". E di tale indirizzo interpretativo ricavabile dalla legge del 2017 la stessa pronuncia dà ampio risalto nel § 5 della motivazione.

La tematica è affrontata successivamente da Cass., sez. III, 20.10.2021, n. 29001 e anche in questo caso vi sono riferimenti analoghi alla sopravvenuta legge n. 24/2017, ancorché non applicata direttamente alla fattispecie per ragioni intertemporali (in termini sostanzialmente conformi le successive Cass., sez. III, 7.11.2024, n. 28642, nonché Cass., sez. III, 11.12.2023, n. 34516 e Cass., sez. III, 5.2.2024, n. 3231, non richiamate nell'ordinanza di rimessione).

In siffatto contesto, giova rammentare che, in sede di giudizio di ammissibilità *ex art. 363-bis c.p.c.*, al fine di escludere il carattere della novità della questione pregiudiziale non è necessario che sussista una decisione della Suprema Corte che abbia espressamente affrontato un caso identico, occorrendo, piuttosto, che si rinvergano orientamenti nomofilattici in grado di orientare il giudice *a quo* nella soluzione della controversia alla sua cognizione (cfr., tra gli altri, decreto Prima Pres. n. 9308/2025).

12. – Infine, non può non rilevarsi che la seconda parte del primo quesito veicola, comunque, un problema di interpretazione della clausola contrattuale del contratto di assicurazione *inter-partes* che esorbita da un profilo di indagine puramente di diritto, per assumere anche una valutazione in fatto dei documenti di causa, anche in rapporto alla sentenza parziale già emessa dallo stesso Tribunale. E in tal senso, verrebbe a difettare il requisito prescritto dal primo comma dell'art. 363-*bis* c.p.c.



13. - Il rinvio pregiudiziale disposto dal Tribunale di Modena va, dunque, dichiarato inammissibile.

**P.Q.M.**

Visto l'art. 363-*bis* c.p.c., dichiara inammissibile il rinvio pregiudiziale sollevato dal Tribunale di Modena con l'ordinanza in premessa.

Roma, 27 maggio 2025

La Prima Presidente  
Margherita Cassano

