

Fatti di causa

L'Azienda Ospedaliera "(omissis)" convenne in giudizio la U. Assicurazioni chiedendo che venisse accertato l'obbligo della convenuta di prestare copertura assicurativa per responsabilità civile in ordine ai sinistri intervenuti fra le ore 24,00 del 30.6.2001 e le ore 24,00 del 31.3.2004, in forza della polizza n. 266150 stipulata inter partes, avente decorrenza dalle ore 24,00 del 30.6.2001 e scadenza alle ore 24,00 del 31.12.2004.

Dedusse che la polizza era stata stipulata secondo il modello "loss occurrence" (con obbligo dell'assicuratore di tenere indenne l'assicurata per i fatti accaduti durante il periodo di vigenza del contratto) e che, in corso di vigenza della polizza, era stata approvata l'appendice n. 3 che stabiliva, "con effetto dalle ore 24,00 del 31.3.2004", la modifica della garanzia, assoggettandola al modello "claims made" (con previsione che l'assicurazione coprisse le richieste di risarcimento formulate nel corso del periodo di efficacia della polizza, purché relative a fatti risalenti a data non anteriore al 31.12.1999, e con estensione della garanzia alle richieste presentate entro un anno dalla scadenza della polizza, ossia entro il 31.12.2005).

Aggiunse che la compagnia assicuratrice aveva rifiutato la copertura a cinque richieste di risarcimento che erano state inoltrate oltre il 31.12.2005, ma concernevano fatti verificatisi fra il gennaio 2002 e il febbraio 2004, rispetto ai quali invocò l'operatività della garanzia in base al tipo di copertura previsto prima della modifica apportata dall'appendice n. 3 (che aveva avuto decorrenza dal 31.3.2004).

Il Tribunale di Milano accolse la domanda attorea, affermando l'obbligo della compagnia assicuratrice di prestare la garanzia ai sinistri avvenuti tra le ore 24,00 del 30.6.2001 e le ore 24,00 del 31.3.2004, sull'assunto che fino a quel momento avesse operato il regime "loss occurrence".

Pronunciando sul gravame principale proposto dalla CARGEAS Assicurazioni s.p.a. (già U. Assicurazioni) e su quello incidentale dell'Azienda Ospedaliera, la Corte di Appello di Milano, ha riformato la sentenza respingendo le domande dell'attrice in base all'assunto che la modifica apportata dall'appendice n. 3 aveva determinato l'assoggettamento della polizza alla clausola claims made per tutti gli eventi dannosi, compresi quelli verificatisi prima della modifica contrattuale.

Più precisamente, la Corte ha evidenziato che, per effetto dell'appendice n. 3, la garanzia "copriva anche i fatti dannosi compiuti antecedentemente alla data di decorrenza dell'efficacia della polizza, ovvero anche i fatti dannosi verificatisi tra il 31 dicembre 1999 e il 30 giugno 2001, purché le relative richieste risarcitorie (...) fossero state avanzate per la prima volta entro e non oltre (...) il 31 dicembre 2005"; che ciò rendeva "più condivisibile l'interpretazione di detta clausola data dalla difesa della società appellante, secondo la quale alla data del 31 marzo 2004 mutava il regime della garanzia applicandosi quello del claims made per tutti gli eventi dannosi, compresi quelli verificatisi in precedenza, purché dopo il 31.12.1999"; diversamente ne sarebbe conseguito un regime "a macchia di leopardo" che sarebbe stato "illogico perché non si comprende la ragione per cui, se effettivamente le parti avessero voluto limitare il nuovo regime solo ai fatti accaduti dopo il 31 marzo 2004,

avrebbero preso in considerazione, estendendo ad essi il nuovo regime, anche i fatti accaduti prima della data di efficacia della polizza"; tanto più che l'appendice "non fa alcun riferimento a segmenti di efficacia e validità così confermando che le parti non hanno inteso suddividere detto periodo in tre parti, in cui applicare l'uno o l'altro regime".

Ha proposto ricorso per cassazione la l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (omissis) (incorporante l'ex Azienda Ospedaliera (omissis)), affidandosi a sei motivi; ha resistito, con controricorso, la CARGEAS Assicurazioni s.p.a.. Entrambe le parti hanno depositato memoria.

Ragioni della decisione

1. Col primo motivo ("violazione e falsa applicazione di norme di diritto con riferimento all'art. 1362 c.c. nonché al medesimo art. 1362 c.c. in combinato disposto con gli artt. 1363, 1364, 1365, 1366, 1368, 1369, 1370 e 1371 c.c."), la ricorrente censura la Corte di merito per avere interpretato l'appendice n. 3 senza tener conto del dato letterale che indicava una precisa data di decorrenza degli effetti della modifica e che "denotava la volontà dei contraenti di ritenere i sinistri verificatisi prima della modifica medesima (...) coperti dalla polizza in regime loss occurrence"; richiamato il brocardo "in claris non fit interpretatio", evidenzia che "l'indicazione, nell'appendice n. 3, di una certa decorrenza per le modifiche apportate alla polizza, è evidente ed inequivoca espressione della volontà di lasciare inalterato il regime precedente per il periodo anteriore" e contesta l'assunto della Corte secondo cui l'interpretazione proposta dal Tribunale sarebbe produttiva di illogico "regime a macchia di leopardo", rilevando che "non c'è niente di illogico nel prevedere una modifica del regime assicurativo per cui alcuni sinistri restano assicurati con la formula loss occurrence e altri vengono assoggettati al regime claims made", trattandosi di "previsione del tutto razionale, se non anche fisiologica, quando si passa da un regime all'altro"; sottolinea che ad essere illogica era la conclusione che restassero ""scoperti" (ossia privi di copertura assicurativa) tutti i fatti dannosi occorsi tra il 30 giugno 2001 ed il 31 marzo 2004, salva l'ipotesi -solo eventuale e nemmeno probabile- che gli stessi venissero denunciati entro il 31 dicembre 2005".
2. Il secondo motivo denuncia la violazione dell'art. 1366 c.c., rilevando che il criterio dell'interpretazione del contratto secondo buona fede è stato disatteso dalla Corte, che ha "optato per un'opzione ermeneutica che conduce ad un assetto di interessi fortemente sbilanciato".
3. Col terzo motivo, si deduce la violazione dell'artt. 1370 c.c., assumendosi che la norma è applicabile anche alle clausole che delimitino il rischio assicurato e che, ove l'appendice n. 3 fosse risultata dubbia, avrebbe dovuto essere interpretata in senso sfavorevole all'assicuratore.
4. Il quarto motivo (che deduce la violazione dell'artt. 1371 c.c.) censura la sentenza per non aver tenuto conto della necessità di realizzare l'equo contemperamento degli interessi delle parti, pervenendo a configurare un assetto contrattuale "fortemente sbilanciato in favore della compagnia assicurativa".
5. Col quinto motivo ("violazione e falsa applicazione di norme di diritto con riferimento all'art. 1341 c.c., comma 2"), viene dedotta la vessatorietà della clausola claims made (in quanto di natura mista o impura), che pertanto doveva essere considerata inefficace perché non approvata specificamente per iscritto.

6. Il sesto motivo censura la Corte, sotto il profilo dell'omesso esame di un fatto decisivo, per avere affermato che una precedente appendice della polizza (la n. 1), che aveva espressamente stabilito che la modifica ivi prevista avesse effetto dall'origine della polizza e che era stata valorizzata dal Tribunale per evidenziare che analoga previsione non era contenuta nell'appendice n. 3, conteneva una mera precisazione anziché l'integrale sostituzione di una condizione contrattuale.

7. Il primo motivo è fondato.

Premesso che l'incipit dell'appendice prevede che "con effetto dalle ore 24,00 del 31/3/2004 si conviene di apportare le seguenti modifiche", deve considerarsi che:

- il criterio interpretativo fissato dall'art. 1362 c.c., comma 1 è costituito dalla individuazione della comune intenzione delle parti che, pur non dovendo limitarsi al senso letterale delle parole usate, non può che procedere da questo, salva la necessità di valutare anche il comportamento complessivo delle parti (art. 1362 c.c., comma 2) e di effettuare un'interpretazione complessiva delle clausole (art. 1363 c.c.);
- pur dovendosi escludere che sia stato recepito a livello normativo, il criterio in claris non fit interpretatio -richiamato dalla ricorrente- esprime proprio l'esigenza che nell'indagare la comune intenzione delle parti si valuti prioritariamente il senso letterale delle espressioni usate, che si pone come "il primo degli strumenti dell'indagine ermeneutica" (Cass. n. 511/1984) e che potrebbe rivelarsi chiaro ed univoco al punto da rendere superfluo qualsiasi approfondimento interpretativo (cfr. Cass. n. 12360/2014), a meno che non emergano incoerenze fra tale senso letterale e ulteriori ed esterni indici rivelatori della volontà dei contraenti (cfr. Cass. n. 25840/2014);
- nel caso in esame, la Corte di Appello ha trascurato la necessità di valutare innanzi tutto il significato delle parole usate (e segnatamente dell'incipit "con effetto da") ed è pervenuta a ricostruire la volontà delle parti non sulla base delle espressioni contrattuali, ma alla luce della disciplina introdotta dalle modifiche (segnatamente della previsione di una copertura pregressa) e sull'assunto di una illogicità del regime che sarebbe derivato dall'assoggettamento del rapporto ad un doppio modello assicurativo (per diversi segmenti temporali);
- con ciò, il Giudice di appello ha tuttavia sostituito ai criteri ermeneutici degli artt. 1362 e 1363 c.c. (che impongono -come detto- l'accertamento della volontà contrattuale sulla base del senso letterale delle parole, del comportamento complessivo delle parti e della lettura coordinata delle singole clausole) una propria valutazione circa la illogicità degli effetti che sarebbero derivati da una lettura testuale, da ciò inferendo che la volontà delle parti era stata nel senso di una totale sostituzione del regime loss occurrence, anche in relazione ai danni già verificatisi (e rientrati in copertura) sotto tale regime;
- deve invece ritenersi che il profilo della "logicità" degli effetti della modifica sia inidoneo ad individuare la volontà contrattuale laddove -come nel caso- vi sia la possibilità di predicare con eguale grado di "logicità" sia l'ipotesi che si sia voluto stabilire un regime unico sia l'ipotesi che, determinandosi una successione di regimi

assicurativi, le parti abbiano inteso lasciare immutati gli effetti già prodotti e limitare la modifica ai sinistri successivi;

- venendo dunque a valutare prioritariamente -come necessario-il testo contrattuale, deve considerarsi -per un verso- che modificare una disciplina "con effetto" da una certa data non può avere altro significato che far decorrere la nuova disciplina dalla data della modifica (senza possibilità di farla retroagire, in difetto di una espressa previsione in tal senso) e -per altro verso- che l'appendice n. 3 non contiene indici rivelatori di una volontà in senso contrario;
- in particolare, va considerato che l'appendice non contiene alcuna previsione "transitoria" volta a disciplinare gli effetti già prodotti dal contratto di assicurazione, ossia la sorte di tutti i sinistri (intesi come fatti dannosi) che si erano verificati ed erano già entrati in copertura, secondo il modello loss occurrence, per il fatto stesso di essersi prodotti tra il 30 giugno 2001 e il 31 marzo 2004 (sulla base del paradigma generale dell'art. 1917 c.c., comma 1);
- per poter affermare che tale copertura, già spettante in base al testo vigente fino al 31 marzo 2004, sia venuta meno per effetto della modifica del regime (salva la possibilità di essere ripristinata nel caso di richiesta risarcitoria presentata nei termini di cui alla polizza modificata) sarebbe occorsa evidentemente una previsione espressa del tutto mancante nell'appendice n. 3.

8. In accoglimento del primo motivo, la sentenza va dunque cassata, restando assorbiti gli altri motivi.

9. La Corte di rinvio procederà a nuovo esame della vicenda alla luce delle considerazioni sopra svolte e dei principi richiamati, provvedendo altresì sulle spese di lite.

P.Q.M.

La Corte accoglie il primo motivo, dichiarando assorbiti i restanti, cassa e rinvia, anche per le spese di lite, alla Corte di Appello di Milano, in diversa composizione.