



REPUBBLICA ITALIANA
In Nome Del Popolo Italiano
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
TERZA SEZIONE CIVILE

Composta dagli Illustrissimi Signori Magistrati:

dott. Franco De Stefano - Presidente

dott.ssa Lina Rubino - Consigliere

dott. Marco Rossetti – Consigliere rel.

dott. Cristiano Valle – Consigliere

dott. Stefano Giaime Guizzi - Consigliere

ha pronunciato la seguente

Oggetto: assicurazione plurima
- regresso tra assicuratori ex art.
1910, comma quarto, c.c. -
misura - determinazione -
criteri.

S E N T E N Z A

sul ricorso n. 25876/18 proposto da:

-) **Sompo Japan Nipponkoa Insurance Company of Europe Ltd.**, in persona del rappresentante generale per l'Italia *pro tempore*, e **Berkshire Hathaway Insurance International Insurance Ltd.**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, ambedue domiciliati *ex lege* all'indirizzo PEC del proprio difensore, difeso dagli avvocati

- *ricorrente* -

contro

-) **HDI Assicurazioni s.p.a.**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, domiciliato *ex lege* all'indirizzo PEC del proprio difensore, difeso dagli avvocati

- *controricorrente* -

avverso la sentenza della Corte d'appello di Milano 10 maggio 2018 n. 2338; udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 10 gennaio 2024 dal Consigliere relatore dott. Marco Rossetti;





FATTI DI CAUSA

1. L'esposizione dei fatti di causa sarà limitata alle sole circostanze ancora rilevanti nella presente sede.

La società Carige Assicurazioni s.p.a. (che in seguito muterà ragione sociale, per effetto di successive fusioni ed incorporazioni, dapprima in Amissima Assicurazioni s.p.a., e poi in HDI Assicurazioni s.p.a.; d'ora innanzi, "la HDI") aveva assicurato la responsabilità civile della clinica denominata "Istituto Clinico Humanitas Mirasole" di Rozzano e dei suoi dipendenti.

In occasione di un parto avvenuto all'interno della clinica patì lesioni permanenti il neonato. I genitori ne ascrissero la responsabilità ad uno dei sanitari operanti, il dott. Paolo Emanuele Levi Setti, e la HDI tenne indenne i propri assicurati pagando a titolo di risarcimento direttamente nelle mani dei terzi danneggiati l'importo di euro 1.502.442.

2. Allegando questi fatti, nel 2010 la HDI convenne dinanzi al Tribunale di Milano la società Sompò Japan Insurance Company of Europe Ltd. (che in seguito muterà ragione sociale in Sompò Japan Nipponkoa Insurance Company of Europe Ltd.; d'ora innanzi, "la Sompò"), esponendo che:

-) il medico responsabile del danno aveva stipulato anch'egli una assicurazione della propria responsabilità civile con la Sompò;

-) di conseguenza il medesimo rischio (la responsabilità civile del sanitario) era risultato coperto da due polizze: quella stipulata dalla *Humanitas* (anche) per conto altrui ex art. 1891 c.c. e quella stipulata da Paolo Emanuele Levi Setti nell'interesse proprio;

-) ricorreva dunque una ipotesi di assicurazione plurima, ai sensi dell'art. 1910 c.c.;

-) la HDI, avendo risarcito i danneggiati dell'intero danno, aveva diritto di regresso nei confronti della Sompò ai sensi dell'art. 1910, quarto comma, c.c..

3. Con sentenza 11.8.2012 n. 9350 il Tribunale di Milano rigettò la domanda, ritenendo che la polizza stipulata dalla Sompò fosse operante solo "a secondo





rischio”, cioè nel solo caso di incapacienza o inefficacia di altre assicurazioni stipulate a copertura del medesimo rischio.

La sentenza fu appellata dalla HDI.

4. Con sentenza 23.3.2013 n. 1267 la Corte d’appello di Milano rigettò il gravame.

Tale sentenza, impugnata per cassazione dalla HDI, fu cassata con rinvio da questa Corte, con sentenza 9.6.2016 n. 11819.

5. Riassunto il giudizio, con sentenza 10.5.2018 n. 2338 la Corte d’appello di Milano accolse parzialmente il gravame della HDI.

La Corte d’appello ritenne sussistente una ipotesi di assicurazione plurima, e di conseguenza ha ritenuto sussistente il diritto di regresso della HDI.

Ha, poi, stabilito la misura del regresso nel 50% dell’indennizzo pagato da HDI al terzo danneggiato.

Ha motivato tale decisione osservando che ambedue i contratti stipulati da HDI e Sompò *“coprono interamente la responsabilità del coassicurato fino alla concorrenza della somma corrisposta da HDI, come del resto riconosciuto inizialmente dall’odierna appellata nella costituzione in giudizio”*.

Conseguentemente la Corte d’appello condannò la Sompò alla rifusione in favore della HDI del 50% dell’indennizzo da quest’ultima pagato ai danneggiati, *“in solido con la Berkshire Hathaway International Insurance Ltd.”* (d’ora innanzi, *“la Berkshire”*), società che la sentenza impugnata riferisce essere cessionaria del portafoglio della Sompò, *“intervenuta volontariamente”*.

6. La sentenza pronunciata in sede di rinvio è stata impugnata per cassazione dalla Sompò e dalla Berkshire con ricorso fondato su un motivo.

La HDI ha resistito con controricorso.

7. La causa, fissata per l’adunanza camerale del 30.3.2023, con ordinanza interlocutoria 28.4.2023 n. 11302 è stata rinviata a nuovo ruolo per la discussione in pubblica udienza e fissata per il 3.10.2023; quindi, con





provvedimento presidenziale è stata tolta dal ruolo per impedimento del relatore e rifissata per l'odierna udienza.

Ambo le parti hanno depositato memoria sia prima dell'adunanza camerale del 30.3.2023, sia prima della (prevista e poi rinviata) udienza del 3.10.2023, sia prima dell'odierna udienza. La seconda e la terza memoria della HDI, tuttavia, si limitano a richiamare quanto già esposto nei precedenti atti.

Il Procuratore Generale ha chiesto il rigetto del ricorso.

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

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Preliminarmente rileva la Corte che né la sentenza impugnata, né il ricorso, né il controricorso, né le memorie, indicano in quale fase processuale la Berkshire sia intervenuta nel giudizio.

Deve tuttavia ritenersi che esso possa dirsi avvenuto solo nel giudizio di rinvio: infatti la cessione del portafoglio del ramo danni dalla Sompò alla Berkshire è avvenuto con effetto dal 31.3.2013 (Bollettino IVASS n. 4/2013, p. 139) e quindi successivamente alla pubblicazione della prima sentenza d'appello, avvenuta, come detto, il 23.3.2013), mentre nel primo giudizio di legittimità il controricorso della Berkshire fu ritenuto inammissibile per difetto di procura.

Nondimeno, nella sentenza qui impugnata, la Corte d'appello ha pronunciato una condanna nei confronti della Berkshire, così implicitamente, ma inequivocamente, mostrando di ritenere ammissibile il suo intervento in causa: sicché, non essendovi state impugnazioni sul punto, la questione della legittimità del suddetto intervento in causa della Berkshire è coperta dal giudicato.

2. Ancora in via preliminare rileva la Corte che la sentenza impugnata ha espressamente definito la Berkshire "*cessionaria del portafoglio assicurativo*" della Sompò (p. 6) e l'ha condannata in solido con la cedente Sompò.

Sul punto rileva questa Corte che la sentenza impugnata non ha accertato né quale fosse la legge applicabile alla cessione di portafoglio (cedente e cessionaria avevano ambedue la sede nel Regno Unito), né se il debito di regresso potesse ritenersi sorto dal contratto stipulato tra la Sompò e Paolo





Emanuele Levi Setti, e come tale trasferito alla Berkshire (è noto infatti che la cessione del portafoglio assicurativo differisce dalla cessione d'azienda perché ha ad oggetto solo i contratti e non anche i beni organizzati per l'esercizio dell'impresa, sicché, in mancanza di patti *ad hoc*, non era automatica l'applicazione dell'art. 2560, secondo comma, c.c.).

Tuttavia, anche in questo caso, l'assenza di impugnazioni avverso la suddetta condanna in solido solleva il Collegio dalla necessità di esaminare la suddetta questione.

3. Con l'unico motivo le due società ricorrenti lamentano la violazione dell'art. 1910 c.c..

Deducono che la ripartizione dell'indennizzo tra due assicuratori che hanno assunto il medesimo rischio si deve compiere in proporzione dei rispettivi massimali assicurati, e non degli indennizzi dovuti.

E, poiché la HDI aveva garantito un massimale di 5.165.000 euro, mentre la Sompò aveva garantito un massimale di 1.549.370,70 euro, pari al 22,37% della somma dei due massimali, il regresso della seconda si sarebbe dovuto ammettere solo per l'importo di euro 336.193,93, pari appunto al 22,37% dell'indennizzo pagato dalla HDI ai terzi danneggiati.

4. Le società ricorrenti chiedono a questa Corte di stabilire quale regola proporzionale debba applicarsi per stabilire la misura del regresso fra assicuratori, nell'ipotesi prevista dall'art. 1910, quarto comma, c.c., e dunque se tale misura vada stabilita:

a) in proporzione *del massimale garantito* (e dunque in misura pari al prodotto del danno per il massimale garantito dal singolo assicuratore, fratto il cumulo dei massimali garantiti da tutti gli assicuratori coinvolti), oppure

b) in proporzione *dell'indennizzo dovuto* (e dunque in misura pari al prodotto del danno per l'indennizzo concretamente dovuto dal singolo assicuratore, fratto il cumulo degli indennizzi dovuti da tutti gli assicuratori coinvolti).

Tale questione non vede unanime la dottrina, né la rara giurisprudenza che ha avuto occasione di occuparsene.





5. Un primo orientamento ritiene che la quota di danno a carico di ciascun assicuratore (e quindi, specularmente, la misura del regresso cui ciascun assicuratore ha diritto) debba calcolarsi in proporzione del valore assicurato da ciascuno di essi.

Nell'assicurazione di responsabilità (che è assicurazione di patrimoni e non di cose), nella quale non esiste un valore assicurato, la misura del regresso andrebbe dunque calcolata in proporzione del massimale garantito.

La misura del regresso sarà quindi data, secondo questo orientamento, dal prodotto del danno causato dal sinistro per il massimale, fratto la sommatoria dei massimali garantiti da tutti gli assicuratori che hanno coperto il medesimo rischio.

5.1. Questa soluzione è così giustificata: l'assicuratore che garantisce il valore maggiore corre un rischio maggiore ed incassa un premio maggiore. Pertanto, in caso di sinistro è giusto ed equo che sopporti il peso maggiore.

In giurisprudenza, questa opinione risulta condivisa da Trib. Roma, 02-03-2005 e, per quel che può valere, dalla Corte d'appello del Quinto Circuito (*Federal jurisdiction [Usa] Court Appeals Fifth Circuit*) di New Orleans (USA) 14-04-2004, in causa *Adams c. Unione Mediterranea Sicurtà*, in un caso in cui il giudice straniero fu chiamato ad applicare la legge italiana.

Ambedue le decisioni sono motivate in modo apodittico.

6. Un secondo orientamento ritiene che la quota di indennizzo gravante su ciascun assicuratore (e quindi, specularmente, la misura del regresso a lui spettante) vada calcolata in proporzione non già del valore assicurato, ma dell'indennizzo concretamente dovuto in base al contratto.

La misura del regresso sarà dunque data, secondo questo orientamento, dal prodotto del danno causato dal sinistro per l'indennizzo dovuto dal singolo assicuratore, fratto la sommatoria degli indennizzi dovuti da tutti gli assicuratori che hanno coperto il medesimo rischio.

6.1. Questa conclusione viene giustificata con tre argomenti:





a) la lettera della legge (che fa riferimento "all'indennità dovuta");
b) l'inapplicabilità dell'altro sistema, nel caso di concorso con un assicuratore che abbia garantito un massimale illimitato;

c) le iniquità che produrrebbe l'altro sistema, quando uno degli assicuratori, pur avendo garantito un valore maggiore di quello garantito dagli altri, paghi però un indennizzo inferiore, ad es. perché ha stipulato una sottoassicurazione, oppure per la presenza di franchigie o scoperti.

In questi casi si osserva che la regola di riparto in proporzione del massimale potrebbe addirittura *azzerare* il diritto di regresso, oppure esporre l'assicuratore a dover versare agli altri assicuratori una somma *eccedente* l'indennizzo che avrebbe dovuto pagare all'assicurato, se non vi fossero state altre polizze.

In giurisprudenza questa opinione risulta condivisa - ma senza un particolare approfondimento motivazionale - da Trib. Arezzo, 16/10/2009 e da Trib Massa, 28/02/2017 n. 176 (in quest'ultimo caso assunse le vesti di parte attrice in regresso una delle due società oggi ricorrenti, e sostenne - con successo - una tesi esattamente opposta a quella qui invocata).

7. Ritiene la Corte che il secondo orientamento debba essere preferito per sia in base all'interpretazione letterale, sia in base all'interpretazione finalistica, sia in base all'interpretazione logica.

7.1. Dal punto di vista letterale, l'art. 1910, quarto comma, c.c. stabilisce che nell'ipotesi di assicurazione plurima il regresso spettante all'assicuratore *solvens* sia proporzionale "alle indennità dovute" in base al contratto.

La parola "indennità", in tutto il Capo XX del Titolo III del Libro Quarto del codice, è sempre utilizzata per indicare l'indennizzo concretamente dovuto, e mai per indicare il valore assicurato (nell'assicurazione danni) o il massimale (nell'assicurazione della responsabilità civile): in tal senso essa compare negli artt. 1911, 1915, 1916, 1917, 1930 c.c.; nonché negli artt. 2742, 2767, 2952 c.c..

Anche il comma terzo dell'art. 1910 c.c. stabilisce che nel caso di assicurazione plurima "l'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore





l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto". E nessuno ha mai dubitato che questa norma faccia riferimento all'indennizzo dovuto, non certo al massimale garantito: ch  in questa seconda ipotesi non avrebbe senso.

  dunque insostenibile che la medesima espressione ("*indennità dovuta secondo il rispettivo contratto*") nel terzo comma dell'art. 1910 c.c. e nell'intero blocco normativo che disciplina il contratto di assicurazione sia stata sempre usata per indicare l'indennizzo, e soltanto nel quarto comma dell'art. 1910 c.c. quell'espressione sia stata usata per indicare il massimale. E tanto a prescindere dalla considerazione che difficilmente potrebbe, anche solo da un punto di vista squisitamente semantico, rinvenirsi nel lemma "indennit " un significato equiparabile a "massimale", per come i due concetti sono elaborati nel linguaggio comune e in quello specialistico di settore.

7.2. Al medesimo risultato conduce l'interpretazione finalistica.

La *ratio* dell'art. 1910, quarto comma, c.c.   ridurre, in presenza di pi  assicuratori, il peso economico del sinistro per ciascuno di essi.

Questa *ratio* non   un vantaggio per l'assicuratore, ma per la massa degli assicurati, dal momento che il minor costo dei sinistri ha per effetto indiretto la riduzione del premio puro.

Dunque,   coerente con tale *ratio* una interpretazione della norma che, nel caso di assicurazione del medesimo rischio presso diversi assicuratori, consenta a ciascuno di essi di trarre vantaggio dalla presenza degli altri.

Questo risultato   sempre garantito se la misura del regresso   calcolata in proporzione dell'indennizzo da ciascuno dovuto, secondo la regola proporzionale gi  in precedenza ricordata.

Lo stesso risultato non sarebbe invece garantito dall'interpretazione secondo cui la misura del regresso andrebbe proporzionata all'importo del massimale. Questo criterio, infatti, pu  comportare la perdita di qualsiasi vantaggio per l'assicuratore, il quale, pur avendo garantito un massimale elevato, per effetto di franchigie o scoperti sia tenuto a pagare un indennizzo modesto.

7.3. In terzo luogo, dal punto di vista dell'interpretazione logica, rileva la Corte che un'assicurazione della responsabilit  civile potrebbe essere





stipulata anche per un massimale illimitato. Ma il criterio di determinazione della quota di regresso in proporzione del massimale non sarebbe applicabile in caso di massimale illimitato. Infatti, un numero finito diviso per infinito dà per risultato un infinitesimo tendente a "0" all'infinito, sicché la formula "*danno per massimale fratto somma dei massimali*" comporterebbe che la quota a carico dell'assicuratore con massimale illimitato sarebbe sempre "tendente a zero all'infinito", e quindi indeterminabile.

7.4. Dal punto di vista comparatistico, ancora, può essere utile ricordare che in un ordinamento prossimo al nostro sul piano del diritto assicurativo, quello francese, fino al 1982 vigeva il principio di riparto del costo del sinistro tra vari assicuratori secondo il criterio proporzionale riferito al massimale.

Poi, con la legge 13.7.1982, è stato modificato l'art. 121-4 del *Code des Assurances*, e sostituita la regola della proporzione rispetto al massimale con la regola della proporzione rispetto all'indennizzo dovuto, a causa per l'appunto delle "difficoltà applicative" del precedente sistema.

8. Detto delle ragioni per le quali va condivisa l'interpretazione dell'art. 1910 c.c. sostenuta dalla parte controricorrente, deve ora aggiungersi che la tesi la quale determina la misura del regresso fra assicuratori in proporzione del massimale da ciascuno di essi garantito non può condividersi non solo in quanto recessiva rispetto all'altra, ma pure per indipendenti plurime ragioni. In primo luogo, l'opinione secondo cui il regresso tra assicuratori ex art. 1910 c.c. va determinato in misura proporzionale al massimale garantito è una tesi più *postulata* che *motivata* dagli autori che la sostennero per primi.

È, in secondo luogo, una tesi che contrasta con la lettera della legge per le ragioni già indicate.

Infine, la tesi qui ripudiata non può essere condivisa perché sconta un antico pregiudizio.

L'assicurazione plurima in antico era vietata perché si riteneva che, se un rischio era già coperto da una polizza, una nuova ed identica assicurazione sarebbe stata nulla per inesistenza del rischio.





Soltanto con il codice di commercio del 1882 si ammise l'assicurazione plurima, ma pur sempre a condizione che la seconda polizza operasse nel caso di inefficacia della prima (art. 426 cod. comm.), oppure che le varie assicurazioni fossero stipulate simultaneamente (art. 427 cod. comm.). In questi casi, infatti, secondo la dottrina dell'epoca, non poteva dirsi che il rischio fosse inesistente, perché nessuna assicurazione veniva stipulata prima delle altre.

L'opinione secondo cui, se una cosa è già assicurata contro i danni, ciò può ridurre - fino ad annullarlo - il rischio sottoscritto dagli assicuratori successivi al primo, ebbe per corollario l'opinione che il costo del sinistro, se questo è coperto da più assicuratori, deve ripartirsi fra essi *in proporzione del rischio corso e non in base all'indennizzo dovuto*.

Oggi, tuttavia, non si dubita che il *rischio naturale* cui la cosa assicurata è esposta (e cioè la probabilità statistica di avveramento dell'evento avverso) è cosa ben diversa dal *rischio giuridico* (la presenza di uno o più assicuratori in grado di coprire i costi del sinistro).

Se dunque la presenza di più assicuratori non riduce la probabilità statistica di avveramento dell'evento, l'assicuratore che stipula il secondo contratto in ordine di tempo non si accolla affatto un rischio minore in termini di probabilità statistica. E, se non corre un *rischio naturale* minore rispetto agli altri assicuratori, non ha senso pretendere di giustificare la misura del regresso in base "*al rischio corso*".

9. Il ricorso va dunque rigettato in applicazione del seguente principio di diritto:

Se più assicuratori hanno coperto in modo indipendente l'uno dall'altro il medesimo rischio (c.d. assicurazione plurima), quello tra loro che ha pagato all'assicurato l'intero indennizzo dovuto secondo il contratto ha diritto di regresso in misura proporzionale rispetto all'indennizzo contrattualmente dovuto da ciascuno degli altri assicuratori. Tale misura si determina moltiplicando il danno patito dall'assicurato per l'indennizzo concretamente dovuto dal singolo assicuratore e dividendo il prodotto per la sommatoria degli indennizzi concretamente dovuti da tutti gli assicuratori.





7. Le spese del presente giudizio di legittimità vanno compensate interamente tra le parti, ex art. 92 c.p.c., in considerazione della novità della questione nella giurisprudenza di legittimità e delle contrastanti opinioni dottrinarie su essa.

Per questi motivi

la Corte di cassazione:

-) rigetta il ricorso;
-) compensa interamente le spese tra le parti;
-) ai sensi dell'art. 13, comma 1-*quater*, del d.P.R. n. 115 del 2002, dà atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte delle ricorrenti, di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato, pari a quello previsto per il ricorso a norma del comma 1-*bis* dello stesso art. 13, se dovuto.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Terza Sezione civile della Corte di cassazione, addì 10 gennaio 2024.

Il Consigliere estensore
(Marco Rossetti)

Il Presidente
(Franco De Stefano)

