

**CASSAZIONE CIVILE - Sezione III – sentenza n. 9961 del 20 aprile 2017**

**SPECIALISTI AMBULATORIALI - LIQUIDAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE: IN PRESENZA DI CONTRATTO L'INDENNIZZO PRESCINDE DALLE CD. TABELLE DI MILANO**

*Gli importi dei massimali delle polizze per la copertura assicurativa dei medici specialisti ambulatoriali stipulate dalle aziende sanitarie locali in adempimento degli obblighi previsti nei decreti presidenziali che recepiscono gli accordi collettivi nazionali, copertura comprensiva anche del rischio da infortunio in itinere per i servizi prestati in un comune diverso da quello di residenza, costituiscono anche la base per liquidare il danno da invalidità, permanente e temporanea, parziale e totale, liquidazione che deve avvenire sulla base di detti massimali in misura proporzionale alla percentuale dell'invalidità, e non in applicazione degli ordinari criteri di liquidazione del danno non patrimoniale.*

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE - SEZIONE TERZA CIVILE - composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. VIVALDI Roberta - Presidente -  
Dott. DE STEFANO Franco - Consigliere -  
Dott. ROSSETTI Marco - Consigliere -  
Dott. TATANGELO Augusto - rel. Consigliere -  
Dott. D'ARRIGO Cosimo - Consigliere -

ha pronunciato la seguente:

**SENTENZA**

sul ricorso iscritto al numero 269 del ruolo generale dell'anno 2015 proposto da:

L.V., (C.F.: *OMISSIS*), rappresentato e difeso, giusta procura in calce al ricorso, dall'avvocato Nicolino Sciarra (C.F.: *OMISSIS*);

- ricorrente - resistente al ricorso incidentale -  
nei confronti di:

LE ASSICURAZIONI DI ROMA - MUTUA ASSICURATRICE ROMANA (C.F.: *OMISSIS*),  
in persona Presidente, del legale rappresentante pro tempore, G.G. rappresentato e difeso, giusta procura in calce al controricorso, dall'avvocato Maurizio Romagnoli (C.F.: *OMISSIS*);

- controricorrente - ricorrente in via incidentale -  
nonché

AZIENDA SANITARIA LOCALE "ROMA (*OMISSIS*)" (C.F.: *OMISSIS*), in persona del legale rappresentante pro tempore;

- intimata -

per la cassazione della sentenza della Corte di Appello di Roma n. 542/2014, depositata in data 28 gennaio 2014;

udita la relazione sulla causa svolta alla pubblica udienza in data 21 marzo 2017 dal Consigliere Dott. Augusto Tatangelo;

uditi:

l'avvocato Nicolino Sciarra, per il ricorrente;

l'avvocato Maurizio Lanigra, per delega dell'avvocato Maurizio Romagnoli, per la società controricorrente;

il Pubblico Ministero, in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. SOLDI Anna Maria, che ha concluso per il rigetto sia del ricorso principale che del ricorso incidentale.

### **FATTI DI CAUSA**

L.V., medico specialista ambulatoriale interno della ASL Roma (*OMISSIS*), ha agito in giudizio nei confronti di quest'ultima, nonché della compagnia Le Assicurazioni di Roma - Mutua Assicuratrice Romana (con la quale l'azienda aveva stipulato un'assicurazione contro gli infortuni per i propri medici specialisti ambulatoriali, in base ai vigenti accordi collettivi), onde ottenere il ristoro dei danni subiti in occasione di un incidente stradale avvenuto in data (*OMISSIS*), mentre faceva ritorno alla propria abitazione dopo avere svolto la propria attività lavorativa.

La domanda è stata rigettata dal Tribunale di Roma.

La Corte di Appello di Roma, in riforma della decisione di primo grado, la ha invece parzialmente accolta, ma esclusivamente nei confronti della compagnia assicuratrice, condannata a pagare all'attore la somma di Euro 14.000,00, oltre interessi e spese di lite.

Ricorre il L., sulla base di un unico motivo.

Resistono con controricorso Le Assicurazioni di Roma, che propongono altresì ricorso incidentale, anch'esso sulla base di un unico motivo.

Non ha svolto attività difensiva in questa sede l'azienda intimata.

Il collegio ha disposto che sia redatta motivazione in forma semplificata.

### **Diritto**

#### **RAGIONI DELLA DECISIONE**

1. Con l'unico motivo del ricorso principale si denuncia "violazione e falsa applicazione di norme di diritto (art. 1226 c.c., in relazione al DPR n. 271 del 2000, art. 29)".

Il ricorso principale - che riguarda esclusivamente il quantum della liquidazione dell'indennizzo dovuto in base alla polizza assicurativa - è parzialmente fondato.

1.1. È inconferente il richiamo al DPR 28 luglio 2000, n. 271 ("Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni"), peraltro emanato in data successiva alla data del sinistro, ed al quale non potrebbero attribuirsi effetti retroattivi.

I decreti presidenziali che recepiscono il contenuto degli accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti delle ASL con i medici specialisti ambulatoriali interni prevedono l'obbligo delle prime di stipulare un'assicurazione contro gli infortuni in favore dei suddetti specialisti, ed il contenuto minimo delle relative polizze.

Tali decreti disciplinano peraltro il rapporto di servizio tra ASL e medici ma non gli effetti del contratto di assicurazione.

La circostanza che la singola ASL ometta di stipulare la polizza, o lo faccia a condizioni diverse e meno favorevoli di quelle imposte dai decreti in questione, può costituire fonte di responsabilità della stessa ASL verso il medico, per inadempimento dell'accordo collettivo (Cass., Sez. L, Sentenza n. 9034 del 12.05.2004, Rv. 572819/01; Sez. L, Sentenza n. 11736 del 24.11.1997, Rv. 510306/01; Sez. 3, Sentenza n. 9004 del 29.04.2005, Rv. 582727/01), ma ciò non incide sui rapporti tra l'assicuratore ed il terzo beneficiario.

Nella specie, le domande avanzate dal L. nei confronti della ASL Roma (*OMISSIS*) sono state definitivamente rigettate (non essendovi ricorso sul punto), e resta quindi in discussione esclusivamente il rapporto con la compagnia assicuratrice, che è integralmente ed esclusivamente disciplinato dalla polizza in concreto stipulata.

1.2. La polizza assicurativa operante nel caso di specie è quella stipulata dalla ASL con la compagnia convenuta, a beneficio dei propri medici specialisti che svolgevano servizio ambulatoriale interno, in applicazione dell'accordo collettivo nazionale precedentemente in vigore (DPR 28 settembre 1990, n. 316, "Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, ai sensi della L. 23 dicembre 1978, n. 833, art. 48").

Si tratta di una polizza di assicurazione contro gli infortuni dei medici, valida anche per gli infortuni cd. in itinere, la quale prevede espressamente i "massimali" assicurati, all'art. 4, punto B), in conformità del resto alla espressa previsione normativa di cui del citato DPR n. 316 del 1990, art. 31 (come emerge dal richiamo al contenuto della clausola contrattuale operato nel ricorso, che sul punto trova peraltro espressa conferma nello stesso controricorso, dove sono trascritti gli importi dei massimali).

Orbene, l'assicurazione contro gli infortuni non mortali rientra nel genus dell'assicurazione contro i danni e, più precisamente, costituisce una polizza stimata, ai sensi dell'art. 1908 c.c., comma 2, per la copertura dei danni non patrimoniali alla persona. L'importo del "massimale" previsto da siffatta polizza costituisce dunque, più propriamente, il "valore della cosa assicurata", liberamente concordato tra le parti ai sensi dell'art. 1908 c.c., comma 2 (cfr. in tal senso: Cass., Sez. U., Sentenza n. 5119 del 10.04.2002, Rv. 553633/01; conf.: Sez. 3, Sentenza n. 13233 del 11.06.2014, Rv. 631753/01).

La determinazione dell'indennizzo dovuto dall'assicuratore in caso di infortunio non mortale, di conseguenza, richiede solo l'individuazione della percentuale dell'invalidità, ma non una stima economica del danno, in quanto tale ultima stima è già operata contrattualmente nella polizza.

Il criterio di determinazione dell'indennizzo fissato dalle parti nella polizza impone a tal fine di fare riferimento, adeguandoli in proporzione, agli importi previsti per il caso di invalidità permanente e temporanea totali.

Esistendo uno specifico criterio negoziale di liquidazione dell'indennizzo, non può ritenersi consentita l'applicazione a tal fine del criterio di liquidazione equitativo del danno non patrimoniale di cui all'art. 1226 c.c..

È quindi fondata la pretesa del ricorrente, secondo il quale l'indennizzo per l'invalidità permanente e temporanea avrebbe dovuto essere calcolato sulla base degli importi dei massimali di

polizza (detratte eventuali franchigie), e non mediante l'applicazione delle cd. Tabelle milanesi per la liquidazione del danno non patrimoniale.

La decisione impugnata, in definitiva, non risulta conforme al seguente principio di diritto: "gli importi dei massimali delle polizze per la copertura assicurativa dei medici specialisti ambulatoriali stipulate dalle aziende sanitarie locali in adempimento degli obblighi previsti nei decreti presidenziali che recepiscono gli accordi collettivi nazionali, copertura comprensiva anche del rischio da infortunio in itinere per i servizi prestati in un comune diverso da quello di residenza, costituiscono anche la base per liquidare il danno da invalidità, permanente e temporanea, parziale e totale, liquidazione che deve avvenire sulla base di detti massimali in misura proporzionale alla percentuale dell'invalidità, e non in applicazione degli ordinari criteri di liquidazione del danno non patrimoniale" (in tal senso, si veda: Cass., Sez. L, Sentenza n. 9034 del 12.05.2004, Rv. 572819/01: "l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali recepito dal DPR 28 settembre 1990, n. 316, a norma della L. n. 833 del 1978, art. 48 - e quindi avente natura di normativa di diritto obiettivo di rango regolamentare, direttamente interpretabile dalla Corte di Cassazione - prevede la stipula da parte delle Unità sanitarie locali, d'intesa con il sindacato firmatario dell'accordo, di una copertura assicurativa, comprensiva anche del rischio da infortunio "in itinere" per i servizi prestati in un Comune diverso da quello di residenza, con la fissazione nella prevista polizza di un massimale che, tale stabilito per l'invalidità permanente totale, costituisce anche la base per liquidare il danno da invalidità permanente parziale in misura proporzionale alla percentuale dell'invalidità; ne consegue che il risarcimento del danno spettante al medico ambulatoriale per l'inadempimento della USL all'obbligo di stipulare la polizza assicurativa deve essere commisurato ai criteri sopra esposti, ossia all'indennizzo che al medico sarebbe spettato nel caso di adempimento della USL all'obbligo di assicurarlo; nella specie, la sentenza di merito, cassata dalla S.C., aveva quantificato il danno facendo riferimento agli indici per la liquidazione del danno biologico, senza commisurarli al massimale di polizza"; in tale decisione sono richiamati altresì ulteriori precedenti conformi: in particolare Cass., Sez. L, Sentenza n. 11736 del 24.11.1997, Rv. 510306/01, nonché, nel medesimo senso, anche se con riguardo a questioni in parte differenti: Sez. L, Sentenza n. 8066 del 17.08.1998, Rv. 518084/01; Sez. L, Sentenza n. 14898 del 23.11.2001, Rv. 550574/01).

La decisione impugnata va dunque cassata perché, in sede di rinvio, sia nuovamente liquidato l'indennizzo dovuto alla parte attrice, in conformità al principio di diritto sopra enunciato.

2. Con l'unico motivo del ricorso incidentale si denuncia "violazione o falsa applicazione della clausola contrattuale relativa al riparto in coassicurazione".

Anche il ricorso incidentale è fondato.

La corte di appello ha preso in esame l'eccezione della compagnia assicuratrice (già proposta in primo grado e riproposta in grado di appello, ai sensi dell'art. 346 c.p.c.), secondo la quale sussisteva un rapporto di coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 c.c. e quindi essa non poteva essere condannata a indennizzare l'attore per intero, ma solo nel limite della sua quota di coassicurazione.

L'ha però rigettata, ritenendo decisiva la circostanza che essa, in base alla polizza, aveva assunto la posizione di delegataria delle altre coassicuratrici anche ai fini della liquidazione del danno, e deducendone che ogni questione in ordine al riparto dell'indennizzo andava fatta valere nei rapporti interni, e non poteva essere opposta all'assicurato.

Ma in tal modo non ha applicato correttamente i principi di diritto che regolano la materia, e che possono così sintetizzarsi:

- in difetto del consenso dell'assicurato, l'accordo tra gli assicuratori circa la ripartizione tra loro del rischio non è opponibile all'assicurato stesso, che resta estraneo al patto e conserva il diritto di richiedere all'unico assicuratore con il quale ha concluso il contratto il pagamento dell'intera indennità assicurativa, vertendosi in ipotesi del tutto diversa da quella della coassicurazione disciplinata dall'art. 1911 c.c., nella quale il limite dell'obbligazione di ciascun assicuratore presuppone che della ripartizione del rischio tra più assicuratori il terzo contraente sia pienamente consapevole e che abbia aderito ad una tipologia contrattuale comportante gli effetti limitativi propri della coassicurazione disciplinata dal codice civile (Cass., Sez. 3, Sentenza n. 9199 del 9.06.2003, Rv. 564081/01);

il contratto di coassicurazione (art. 1911 c.c.) genera separati rapporti assicurativi, in virtù dei quali ciascun assicuratore è titolare delle sole posizioni soggettive sostanziali e processuali relative al proprio rapporto con l'assicurato; qualora, pertanto, sia inserita nel contratto la c.d. clausola di delega o di guida (relativa alla gestione diretta delle controversie e quindi comprendente anche la rappresentanza processuale degli altri coassicuratori), l'assicuratore delegato può essere convenuto in giudizio anche per il pagamento delle quote di indennità di pertinenza dei deleganti, ed in tale veste è legittimato a resistere alla pretesa in rappresentanza di questi ultimi, ma solo a condizione che la domanda nei suoi confronti sia proposta espressamente, o comunque inequivocamente, richiamando la sua qualità di delegato, in modo che risulti chiaramente che per la parte eccedente la quota di rischio a suo carico l'indennizzo gli è stato richiesto nella qualità di rappresentante degli altri coassicuratori, e in tale qualità deve essere pronunciata, quindi, la sua eventuale condanna per la predetta parte (Cass. Sez. 3, Sentenza n. 14590 del 12.07.2005, Rv. 583445/01; Sez. 3, Sentenza n. 1754 del 28.01.2005, Rv. 580074/01; Sez. 3, Sentenza n. 4799 del 2.04.2001, Rv. 545415/01; Sez. 3, Sentenza n. 1885 dell'11.02.2002, Rv. 552160/01; Sez. 1, Sentenza n. 8400 del 27.07.1993, Rv. 483346/01; Sez. 3, Sentenza n. 5673 dell'11.06.1990, Rv. 467656/01).

La corte di appello, in applicazione dei suddetti principi di diritto, avrebbe dovuto in primo luogo accertare se nel caso di specie la polizza prevedeva un mero accordo interno di ripartizione del rischio tra diversi assicuratori non opponibile all'assicurato o se si trattava di vera e propria coassicurazione, ai sensi dell'art. 1911 c.c.; in quest'ultimo caso, avrebbe poi dovuto verificare se la clausola cd. di guida o delega prevista nel contratto si estendeva alla rappresentanza in giudizio delle altre compagnie e se la compagnia delegataria fosse stata in concreto convenuta in giudizio, per la quota eccedente quella posta a suo carico, nella corrispondente qualità, pronunciando eventualmente la condanna con l'espressa indicazione della suddetta qualità.

La questione dovrà essere dunque nuovamente esaminata in sede di rinvio, alla luce dei principi di diritto sopra enunciati.

3. Sono accolti sia il ricorso principale che quello incidentale. La sentenza impugnata è cassata in relazione, con rinvio alla Corte di Appello di Roma, in diversa composizione, anche per le spese del giudizio di legittimità riguardo al ricorso principale che con riguardo all'incidentale.

**P.Q.M.**

La Corte:

- accoglie sia il ricorso principale che il ricorso incidentale, cassa in relazione la sentenza impugnata e rinvia alla Corte di Appello di Roma, in diversa composizione, anche per le spese del giudizio di legittimità.

Motivazione semplificata.

Così deciso in Roma, il 21 marzo 2017.

Depositato in Cancelleria il 20 aprile 2017