Corte d'Appello di Torino, Sezione Terza Civile - 02/02/2023, n. 116. Pres. Salvetti. Est. Orlando..

MOTIVI DELLA DECISIONE

I. Con atto di citazione C. F. evocava in giudizio avanti al Tribunale di Asti l'ing. F. L., chiedendone la condanna al risarcimento dei danni subiti in conseguenza di errori professionali commessi durante lo svolgimento dell'incarico di progettista e direttore lavori strutturali, conferito dal sig. C. F. per la realizzazione di un muro di contenimento e di una pensilina fotovoltaica su area di sua proprietà, quantificando i danni come da c.t.u. svolta in sede di procedimento per a.t.p. in euro 88.070,24, oltre alle spese legali, di c.t.u. e di c.t.p. sostenute in detto procedimento.

L'ing. F. L., costituendosi, eccepiva decadenza e prescrizione del diritto dell'attore; nel merito contestava l'esistenza di una propria responsabilità e chiedeva di rigettare la domanda; chiedeva comunque di chiamare in causa Zurich Insurance Plc, allegando di avere stipulato in data 17.10.2013 una polizza assicurativa per la responsabilità professionale rinnovata ogni anno sino alla data del 17.10.2016, e domandando di essere dalla medesima manlevato in caso di accoglimento anche parziale delle domande formulate nei suoi confronti.

Zurich Insurance Plc, costituendosi, aderiva alle difese svolte dal convenuto nei confronti della domanda attorea, ma chiedeva di rigettare la domanda di manleva eccependo l'inoperatività della polizza assicurativa, che prestava copertura sulla base di clausola "claims made" solo per le richieste di risarcimento danni presentate per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione, mentre nel caso in esame la prima richiesta scritta di risarcimento danni era pervenuta all'assicurato quando la polizza era già scaduta.

Il Tribunale di Asti, con sentenza n.335/2021 pubblicata il 19.5.2021, accoglieva la domanda dell'attore ritenendo sussistere la responsabilità professionale dell'ing. F. L.,

quantificava i danni da risarcire in euro 37.427,00 condannando il convenuto a pagare detta somma a favore di C. F., con gli interessi legali dalla domanda al saldo; condannava il convenuto a rimborsare all'attore le spese di lite, comprensive delle spese del procedimento di a.t.p.; poneva le spese di c.t.u. liquidate nel procedimento per a.t.p. a carico del convenuto. Accoglieva la domanda formulata dall'ing. F. L. nei confronti di Zurich Insurance Plc, respingendo l'eccezione di inoperatività della polizza; rilevava che la polizza era stata stipulata il 17.10.2013 ed era rimasta operante fino al 17.10.2016, ma era pacifico che l'ing. F. L. collocava il primo sollecito scritto da parte del danneggiato al 17.12.2017; in ordine alla clausola secondo cui "l'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere dall'assicurato non oltre 10 anni prima della data di effetto dell'assicurazione e purchè tali comportamenti non siano noti all'assicurato stesso prima della stipulazione della polizza", richiamava Cass. civ. n.10506/2017 secondo cui la clausola, ritenuta analoga dal Tribunale, era immeritevole di tutela ex art. 1322 comma 2 c.c., e Cass. civ. n. 8894/2020 che confermando le stesse argomentazioni l'aveva ritenuta nulla ex art. 2965 c.c.; rilevava che poichè la denuncia del sinistro dipendeva dalla richiesta di risarcimento avanzata dal danneggiato verso l'assicurato, prima del quale quest'ultimo non aveva interesse ad avvisare la sua assicurazione, il medesimo assicurato aveva un onere (derivante dalla polizza) cui poteva adempiere solo se aveva ricevuto in tempo una richiesta di risarcimento da parte del terzo danneggiato; condannava la terza chiamata a manlevare F. L. di quanto da questi dovuto all'attore per capitale, interessi, spese legali e di c.t.u., al netto della franchigia contrattuale del 10%.

Con atto di appello ritualmente notificato, Zurich Insurance Plc impugnava la sentenza del Tribunale articolando il seguente motivo di appello:

"Richiesta di riforma parziale della sentenza di primo grado per la sua erroneità nella parte in cui è stata ritenuta immeritevole di tutela e/o nulla la clausola della polizza

"Claims Made" n. .. che prevede la sussistenza della copertura assicurativa solo per le richieste di risarcimento danni presentate per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione";

dando atto di avere pagato direttamente a C. F., su richiesta dell'ing. F. L. e in esecuzione della sentenza appellata, la somma di euro 52.422,93 in data 6.7.2021, chiedeva di condannare il sig. C. F. alla restituzione, formulando le conclusioni riportate in epigrafe.

F. L., costituendosi, rilevava l'infondatezza del motivo di appello e ne chiedeva il rigetto con conferma della sentenza impugnata, formulando le conclusioni riportate in epigrafe.

C. F., costituendosi, rilevava l'infondatezza dell'appello di cui chiedeva il rigetto, contestava la fondatezza della domanda di condanna alla restituzione di quanto pagato da Zurich Insurance Plc; proponeva inoltre appello incidentale formulando un motivo "Sull'omessa pronuncia sul rimborso del compenso corrisposto dal C. F. al CTP nel giudizio di primo grado"; e formulava le conclusioni riportate in epigrafe.

II. Con l'unico motivo di appello, Zurich Insurance Plc censura la sentenza nella parte in cui ha ritenuto immeritevole di tutela e/o nulla la clausola della polizza "claims made" n... che prevede la sussistenza della copertura assicurativa solo per le richieste di risarcimento danni presentate per la prima volta all'assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione; allega che: il Tribunale afferma che la clausola è immeritevole di tutela e/o nulla senza enucleare a sostegno della sua tesi alcun tipo di argomentazione giuridica, ma richiamando due sentenze della Corte di Cassazione non in termini; la decisione ha sostanzialmente affermato l'illiceità della clausola "claims made" senza tenere conto di quanto statuito in senso opposto dalla giurisprudenza di legittimità anche a Sezioni Unite; il fatto di offrire copertura assicurativa solo alle richieste di risarcimento pervenute in corso di polizza costituisce l'essenza stessa delle "claims made" e ritenere non valido lo sbarramento costituito dalla scadenza della polizza, aprendo l'indennizzo anche a richieste pervenute in seguito, comporta la

demolizione di tale modello contrattuale e la sua riconduzione al tradizionale modello assicurativo "loss occurance"; si tratta invece di modelli diversi, operanti secondo meccanismi diversi ma entrambi astrattamente idonei ad offrire piena tutela indennitaria all'assicurato; nel caso di clausole "claims made", una richiesta risarcitoria avanzata dopo la scadenza di una polizza sarà, in linea generale, coperta dalla polizza stipulata per l'annualità successiva, allo stesso modo in cui, pacificamente, un fatto illecito avvenuto dopo la scadenza di una polizza "loss occurance" potrà essere coperto dalla polizza dell'anno successivo; la garanzia azionata dall'ing. F. L. (responsabilità civile professionale per danni arrecati a terzi e committenti) è con ogni evidenza una polizza "claims made", come si deduce dalla definizione di sinistro riportata a pag. 2 e dalla disciplina della validità della garanzia assicurativa di pag. 12 delle condizioni generali; il richiamo alla sentenza Cass. civ. 10507/2017 non è in termini, in quanto detta sentenza ha ritenuto non meritevole di tutela non il modello contrattuale "claims made" ma una clausola specifica presente in uno specifico contratto di assicurazione per la responsabilità sanitaria; a prescindere dal fatto che nella sentenza appellata la valutazione di non meritevolezza in concreto è totalmente assente, l'orientamento di legittimità che subordinava la validità delle clausole "claims made" ad un giudizio di meritevolezza, da effettuarsi in concreto caso per caso, è stato definitivamente superato con la sentenza n. 22437/2018 con la quale le Sezioni Unite della Corte di Cassazione hanno composto il contrasto giurisprudenziale creatosi sul punto, affermando che la clausola in questione, comportando reciproci vantaggi e svantaggi per entrambi le parti contrattuali, è lecita, non vessatoria e sottratta al sindacato di meritevolezza; detta sentenza è risolutiva, affermandosi in essa che il meccanismo di operatività della polizza assicurativa legato alla richiesta risarcitoria formulata dal terzo danneggiato non incide sulla funzione assicurativa, in quanto rappresenta una deroga consentita all'art. 1917 comma 1 c.c.; anche il richiamo alla pronuncia Cass. civ. 8894/2020 non è in termini in quanto riferita a polizza assicurativa con garanzia postuma nella quale era previsto un

periodo di ultrattività della stessa, non presente nella polizza oggetto di causa; l'art. 2965 c.c. vieta di imporre decadenze che rendano più gravoso l'esercizio del diritto, come ritenuto dalla Corte per il caso sottoposto alla sua attenzione, diverso da quello oggetto di causa; peraltro Cass. civ. 8117/2020 in un caso riguardante polizze che non prevedevano una copertura postuma, ha ribadito i principi espressi dalle Sezioni Unite.

L'appellato ing. F. L. richiama le argomentazioni svolte dalla sentenza impugnata in ordine alla nullità della clausola; rileva che il Tribunale per mero errore materiale indica la data della prima denuncia di sinistro nel 17.12.2017 anziché nel 17.2.2017; allega poi che: la sentenza ha completamente omesso, ritenendola irrilevante o assorbita, la circostanza secondo cui già nel 2016, prima della scadenza della polizza, vi era stata una denunzia verbale di sinistro da parte dell'assicurato attraverso l'agenzia Bosco di Alba della Zurich; la circostanza è provata dalla deposizione della teste G., dalla relazione 25.10.2016 predisposta dall'ing. F. L. sulla quantificazione dei danni, dal fatto (desumibile dalla relazione di c.t.u.) che la Zurich senza nulla eccepire aveva inviato il proprio c.t.p. ing. Va. che aveva quantificato il danno in circa euro 20-25 mila, dalla lettera del legale di C. F. datata 17.5.2018, dal fatto che nel procedimento per a.t.p. il c.t.p. della Zurich aveva eccepito la carenza di copertura assicurativa solo nell'ultimo incontro del 23.1.2019; si tratta di elementi che, seppur indiziari, provano che vi è stata una segnalazione del sinistro da parte del danneggiato all'ing. F. L. e da questi alla Zurich, tramite l'agenzia Bosco, già nel 2016 prima della scadenza della polizza; è corretto il richiamo contenuto nella sentenza impugnata alla pronuncia Cass. civ. 8894/2020, in quanto nel caso esaminato da tale pronuncia veniva in questione una clausola postuma che concedeva all'assicurato un ulteriore termine di 12 mesi dopo la scadenza del contratto per denunziare alla compagnia la richiesta risarcitoria del danneggiato, mentre la clausola stipulata dall'appellato non ha alcun margine di ultrattività e quindi è più sfavorevole per l'assicurato rispetto a quella esaminata dalla Cassazione; anche la clausola in esame, sottoposta al giudizio ex art. 1322 comma 1 c.c.,

non si sottrae alla pronunzia di nullità in relazione all'art. 2965 c.c., in quanto rende difficile l'esercizio del diritto che viene fatto dipendere, indipendentemente da ogni diligenza della parte, dal comportamento e dall'iniziativa del terzo; la difficoltà nell'esercizio del diritto è stata dimostrata in concreto perché, pur essendo noto a tutte le parti che il C. F. lamentava danni al muro di contenimento per responsabilità dell'ing. F. L., si è arrivati al punto di fare scadere la copertura assicurativa in quanto il danneggiato solo in data 17.2.2016 ha avanzato per la prima volta richiesta risarcitoria in forma scritta; l'assicurato, pur a conoscenza del sinistro, non è stato in grado di evitare la decadenza stante la difficoltà posta dalla clausola contrattuale; inoltre la conoscenza della sussistenza del sinistro (inteso come fatto generatore di danno a terzi e oggetto di una domanda risarcitoria non ancora formalizzata per iscritto) non ha consentito all'appellato di assicurarsi per lo stesso sinistro con un'altra compagnia, sicchè l'assicurato si è trovato in un "vicolo cieco" perché da Zurich ha ricevuto un rifiuto non essendoci richiesta risarcitoria scritta, ma non ha potuto tacere questa circostanza alla nuova compagnia assicuratrice, la quale certamente non avrebbe mai garantito un sinistro già manifesto.

L'appellato C. F. richiama le argomentazioni svolte nella sentenza impugnata in ordine alla nullità della clausola.

Il motivo di appello è fondato.

È pacifico che l'ing. F. L. in data 17.10.2013 ha stipulato con Zurich Insurance Plc una polizza assicurativa per la responsabilità professionale (n...), rinnovata anno per anno e rimasta in vigore fino al 17.10.2016 (docc. 06/4 e 06/5 dell'appellante).

Si tratta di polizza "claims made", come si desume dalla definizione di sinistro riportata a pag. 2 delle condizioni generali di assicurazione:

"per Sinistro si intende:

- la richiesta scritta con la quale venga richiesto ad uno o più Assicurati il risarcimento dei danni imputabili ad essi in conseguenza di un proprio comportamento colposo; o

- ogni procedimento civile volto ad ottenere il risarcimento per danni derivanti da comportamento colposo dell'Assicurato; o
- ricevimento di un avviso di un procedimento penale ove l'Assicurato assuma la veste processuale di indagato; o
- qualunque indagine o procedimento amministrativo avviato nei confronti degli Assicurati, nonché qualunque notifica o procedimento similare nei confronti degli Assicurati e relativi a propri comportamenti colposi";

e dalla disciplina della "validità della garanzia" assicurativa contenuta a pag. 12 delle medesime condizioni generali:

"L'Assicurazione vale per le richieste di Risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'Assicurazione a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere dall'Assicurato non oltre dieci anni prima della data di effetto dell'Assicurazione e purchè tali comportamenti non siano noti all'Assicurato stesso prima della stipulazione della Polizza".

È pacifico che la prima richiesta scritta di risarcimento danni inviata dal danneggiato C. F. all'assicurato ing. F. L. (per comportamenti posti in essere dall'assicurato non oltre i dieci anni prima della data di effetto dell'assicurazione) è successiva al 17.10.2016, data di scadenza del periodo di efficacia della polizza. Precisamente la stessa è del 17.2.2017 (doc.3/6 dell'appellato C. F.).

Ne consegue che ai sensi della clausola di "validità della garanzia" assicurativa, sopra riportata, la copertura assicurativa non è operativa nel caso oggetto di causa, come eccepito fin dalla costituzione nel giudizio di primo grado da Zurich Insurance Plc.

La sentenza impugnata richiama, così come le parti appellate, la pronuncia Cass. civ. n.10506/2017 secondo cui "La clausola "claims made" inserita in un contratto di assicurazione della responsabilità civile stipulato da un'azienda ospedaliera, per effetto della quale la copertura esclusiva è prestata solo se tanto il danno causato dall'assicurato,

quanto la richiesta di risarcimento formulata dal terzo, avvengano nel periodo di durata dell'assicurazione, è un patto atipico immeritevole di tutela ex art. 1322, co. 2, c.c., atteso che realizza un ingiusto e sproporzionato vantaggio dell'assicuratore, e pone l'assicurato in una condizione di indeterminata e non controllabile soggezione".

Senonchè l'indirizzo giurisprudenziale per il quale la clausola "claims made" è patto atipico che richiede un giudizio di meritevolezza ai sensi dell'art. 1322 comma 2 c.c. (da effettuarsi peraltro in concreto, caso per caso, e per lo specifico contratto sottoposto all'esame della Cassazione conclusosi in senso negativo,

mentre analogo giudizio in concreto non è stato svolto per il contratto in esame nella sentenza impugnata), è stato superato dalla sentenza n.22437/2018 delle Sezioni Unite della Cassazione, che ha composto il contrasto giurisprudenziale esistente, affermando che "il modello dell'assicurazione della responsabilità civile con clausole on claims made basis, che è volto ad indennizzare il rischio dell'impoverimento del patrimonio dell'assicurato pur sempre a seguito di un sinistro, inteso come accadimento materiale, è partecipe del tipo dell'assicurazione contro i danni, quale deroga consentita al primo comma dell'art. 1917 c.c., non incidendo sulla funzione assicurativa il meccanismo di operatività della polizza legato alla richiesta risarcitoria del terzo danneggiato comunicata all'assicuratore. Ne consegue che, rispetto al singolo contratto di assicurazione, non si impone un test di meritevolezza degli interessi perseguiti dalle parti, ai sensi dell'art. 1322, secondo comma, c.c."; il contraente resta tutelato in ogni fase del rapporto con l'attivazione dei rimedi generali previsti dall'ordinamento.

La sentenza delle Sezioni Unite ha chiarito, ribadendo anche precedenti approdi giurisprudenziali, che:

- le clausole "claims made" operano una deroga al modello di assicurazione della responsabilità civile delineato dall'art. 1917 comma 1 c.c. poiché la copertura assicurativa viene ad operare non in relazione a tutte le condotte, generatrici di domande risarcitorie, insorte nell'arco temporale di operatività del contratto, quale che sia il

momento in cui la richiesta di danni venga avanzata (modello c.d. loss occurrence), bensì in ragione della circostanza che nel periodo di vigenza della polizza intervenga la richiesta di risarcimento da parte del terzo danneggiato (il c.d. claim) e che tale richiesta sia inoltrata dall'assicurato al proprio assicuratore;

- il rischio dell'aggressione del patrimonio dell'assicurato, a seguito di un sinistro verificatosi in corso di polizza, non si esaurisce nella condotta materiale, cui pur è riconducibile il danno, ma si forma in modo progressivo, giacché per concretizzarsi è necessaria la volontà del danneggiato di chiedere il risarcimento; la liceità della "claims made" con "garanzia pregressa" si apprezza perché afferisce a un solo elemento del rischio garantito, la condotta colposa posta già in essere e peraltro ignorata, restando invece impregiudicata l'alea dell'avveramento progressivo degli altri elementi costitutivi dell'impoverimento patrimoniale del danneggiante-assicurato;

- le "claims made" delimitano l'oggetto del contratto e non sono limitative della responsabilità - non essendo pertanto vessatorie ai sensi dell'art. 1341 c.c. - 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;

- il modello contrattuale basato sulle "claims made" rientra, pertanto, nell'assicurazione della responsabilità civile e rappresenta una deroga pattizia all'art. 1917 comma 1 c.c. consentita dall'ordinamento ai sensi dell'art. 1932 c.c., senza che ciò comporti una deviazione strutturale della fattispecie negoziale tale da estraniarla dal tipo, nel contesto del più ampio genus dell'assicurazione contro i danni, della cui causa indennitaria è pienamente partecipe;

- ne consegue il superamento del giudizio di meritevolezza ex art. 1322 comma 2 c.c., ancorato al presupposto della atipicità contrattuale, mentre il modello assicurativo basato sulle clausole "claims made" è tipico;

- permane invece il controllo del regolamento contrattuale, che non deve violare i limiti imposti dalla legge ex art. 1322 comma 1 c.c., e la tutela invocabile dal contraente assicurato può investire diversi piani, dalla fase che precede la conclusione del contratto sino a quella dell'attuazione del rapporto, con attivazione dei rimedi pertinenti ai profili implicati, ossia ad esempio: responsabilità risarcitoria pre-contrattuale anche nel caso di contratto concluso a condizioni svantaggiose; nullità, anche parziale, del contratto per difetto di causa in concreto, con conformazione secondo le congruenti indicazioni di legge o, comunque, secondo il principio dell'adeguatezza del contratto assicurativo allo scopo pratico perseguito dai contraenti; conformazione del rapporto in caso di clausola abusiva, come quella di re-cesso in caso di denuncia di sinistro.

La sentenza impugnata richiama inoltre, così come le parti appellate, la pronuncia Cass. civ. n. 8894/2020 secondo cui "in tema di assicurazione della responsabilità civile è nulla 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, atteso che una siffatta clausola contrasta non solo con l'art. 1341 c.c. che vieta, se non sottoscritte, le clausole che impongono decadenze ma, altresì, con l'art. 2965 c.c. che commina la nullità delle clausole con cui si stabiliscono decadenze che rendono eccessivamente difficile, ad una delle parti, l'esercizio del diritto, tra le quali rientrano anche quelle che fanno dipendere tale esercizio da una condotta del terzo, autonoma e non calcolabile"; l'appellato F. L. rileva che anche la clausola del contratto stipulato con Zurich, sottoposta al giudizio ex art. 1322 comma 1 c.c., non si sottrae alla pronunzia di nullità in relazione all'art. 2965 c.c., in quanto rende difficile l'esercizio del diritto che viene fatto dipendere, indipendentemente da ogni diligenza della parte, dal comportamento e dall'iniziativa del terzo.

Questa Corte rileva che la pronuncia della Cassazione 8894/2020 è un precedente isolato, che collide con gli insegnamenti delle Sezioni Unite della Corte, come rilevato da Cass. civ. 12908/2022, la quale ha statuito che 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 "clams made" è pienamente partecipe.

Nella motivazione di tale sentenza, che si richiama e condivide, la Corte rileva che: la decisione Cass. n. 8894/2020 (invocata anche in quel giudizio) è un precedente isolato (citando in senso contrario Cass. n. 30309/2019), che collide con i pronunciamenti in materia delle Sezioni Unite, che vanno ribaditi; è dirimente quanto statuito da Cass. S.U. n. 9140/2016 secondo cui: "Deve in ogni caso escludersi che la limitazione della copertura assicurativa alle 'richieste di risarcimento presentate all'Assicurato, per la prima volta, durante il periodo di efficacia dell'assicurazione', in relazione a fatti commessi nel medesimo lasso temporale o anche in epoca antecedente, ma comunque non prima di tre anni dalla data del suo perfezionamento, integri una decadenza convenzionale, soggetta ai limiti inderogabilmente fissati nella norma codicistica di cui si assume la violazione. E invero l'istituto richiamato, implicando la perdita di un diritto per mancato esercizio dello stesso entro il periodo di tempo stabilito, va inequivocabilmente riferito a già esistenti situazioni soggettive attive nonché a condotte imposte, in vista del conseguimento di determinati risultati, a uno dei soggetti del rapporto nell'ambito del quale la decadenza è stata prevista. Invece la condizione racchiusa nella clausola in contestazione consente o preclude l'operatività della garanzia in dipendenza dell'iniziativa di un terzo estraneo al contratto, iniziativa che peraltro incide non sulla sorte di un già insorto diritto all'indennizzo, quanto piuttosto sulla nascita del diritto stesso. Ne deriva che non v'è spazio per una verifica di compatibilità della clausola con il disposto dell'art. 2965 c.c."; tale rilevata diversità di piani, non

comunicanti tra loro, in cui si collocano la clausola "claims made" e la disciplina recata dalla norma dell'art. 2965 c.c. è riaffermata, sebbene in modo implicito ma senza equivoci, dalla successiva sentenza n. 22437/2018 delle Sezioni Unite, che ha evidenziato, in armonia con il precedente approdo nomofilattico, che l'anzidetta clausola si configura come delimitativa dell'oggetto del contratto, correlandosi l'insorgenza dell'indennizzo, e specularmente dell'obbligo di manleva, alla combinata ricorrenza della condotta del danneggiante e della richiesta del danneggiato; la richiesta del danneggiato è pertanto fattore concorrente nella identificazione del rischio assicurato e in tal senso si viene a delineare l'appartenenza strutturale del "fenomeno claims" al modello di assicurazione della responsabilità civile (o sotto-tipo) di cui all'art. 1917 comma 1 c.c., nel contesto del più ampio genus dell'assicurazione contro i danni (art. 1904 c.c.), della cui causa indennitaria la clausola "claims made" è pienamente partecipe; ne consegue che non può essere affetta da nullità ex art. 2965 c.c. la clausola "claims made" perché fa dipendere la decadenza dalla scelta di un terzo, giacché l'atteggiarsi della richiesta del terzo, quale evento futuro, imprevisto ed imprevedibile, è del tutto coerente con la struttura propria del contratto di assicurazione contro i danni (nel cui ambito, come detto, è da ricondursi la polizza con clausola "claims made"), in cui l'operatività della copertura deve dipendere da fatto non dell'assicurato.

Le argomentazioni svolte dalle parti appellate sono pertanto infondate in considerazione dei principi giurisprudenziali illustrati, non essendovi giudizio di meritevolezza ex art. 1322 comma 2 c.c. da svolgere con riferimento alla clausola in esame e non essendo configurabile una nullità ex art. 2965 c.c..

Né vengono invocate le diverse tutele in capo all'assicurato cui fa riferimento Cass. S.U. 22437/2018; questa Corte rileva, pur non essendo la questione stata prospettata dalle parti, che la verifica della sussistenza e validità della causa in concreto del contratto assicurativo "claims made" stipulato da F. L. e Zurich Insurance Plc (nei sensi indicati da Cass. S.U. 22437/2018) ha esito positivo, in quanto le condizioni contrattali risultano

adeguate rispetto agli interessi coinvolti, e dall'analisi dell'assetto sinallagmatico ne risulta realizzata la funzione pratica perseguita dalle parti quale assicurazione adeguata allo scopo, a fronte di un periodo di retroattività di ben 10 anni rispetto alla durata del rapporto contrattuale.

E' poi irrilevante l'esistenza di un'eventuale richiesta verbale del danneggiato nei confronti dell'assicurato, a fronte del chiaro testo contrattuale che richiede la richiesta scritta e che risulta d'altronde perfettamente in linea con la funzione della richiesta del danneggiato di fattore concorrente all'identificazione del rischio assicurato, al fine di delimitare in maniera puntuale e univoca l'operatività dell'assicurazione, ed essendo del tutto normale che una richiesta di risarcimento danni - che non sia un mero preavviso ma una definitiva manifestazione di volontà di domandare il risarcimento - venga formalizzata per iscritto (come avvenuto nel caso di specie con la diffida del 17.2.2017, che ha preceduto il ricorso per a.t.p. e la causa di merito; si rileva che lo stesso ing. F. L., costituendosi nel giudizio di primo grado, ha individuato la "richiesta danni" del C. F. nella lettera ricevuta il 17.2.2017).

Risulta infondata, oltre che inammissibile per tardività, la deduzione svolta dall'appellato F. L. in comparsa conclusionale, secondo cui le due clausole contrattuali (quella relativa alla definizione di sinistro e quella relativa alla validità della garanzia) sarebbero in contraddizione tra loro e idonee a trarre in inganno l'assicurato, in quanto l'una si riferisce solo alle richieste scritte e l'altra a qualsiasi richiesta; non si ravvisa alcuna contraddizione e alcun rischio che l'assicurato sia tratto in inganno, essendo chiaro e inequivoco che solo le richieste scritte di risarcimento danno costituiscono sinistro indennizzabile con la polizza e non eventuali richieste verbali; la clausola che definisce il sinistro (inserita a pag. 2 delle condizioni generali) è l'unica volta a determinare le caratteristiche della richiesta di risarcimento danni perché la stessa possa essere considerata un sinistro indennizzabile, mentre la seconda clausola (inserita a pag. 12,

presupponendo la conoscenza della precedente) si occupa di individuare l'ambito di validità della polizza ed il periodo di tempo in cui la richiesta deve pervenire.

La sentenza impugnata viene pertanto riformata con rigetto della domanda di manleva proposta da F. L. nei confronti di Zurich Insurance.

III. L'appellante chiede di condannare C. F. a restituire la somma di euro 52.422,93, allegando di avere pagato detta somma in data 6.7.2021 direttamente a C. F. su richiesta di F. L. e in esecuzione della sentenza appellata.

La domanda è inammissibile in quanto il pagamento non è avvenuto in esecuzione della sentenza, non essendo stato disposto dal Tribunale il pagamento diretto da Zurich Insurance a C. F..

Perché la Corte d'Appello possa disporre nel giudizio di appello la restituzione di quanto pagato dalla compagnia di assicurazione direttamente al danneggiato, occorre che la sentenza impugnata e riformata disponga il pagamento diretto a fronte di specifica domanda ex art. 1917 comma 2 c.c., nel caso di specie non formulata.

IV. C. F. propone appello incidentale "Sull'omessa pronuncia sul rimborso del compenso corrisposto dal C. F. al CTP nel giudizio di primo grado", censurando la sentenza nella parte in cui non ha riconosciuto il diritto al rimborso dell'importo di euro 1.903,20 portato dalla fattura n.7 del 26.2.2020, corrisposto al proprio c.t.p. ing. V. per l'attività svolta nel procedimento per a.t.p.; invoca l'orientamento della giurisprudenza di merito e di legittimità secondo cui le spese sostenute per la consulenza tecnica di parte, la quale ha natura di allegazione difensiva tecnica, rientrano tra quelle che la parte vittoriosa ha diritto di vedersi rimborsate; evidenzia la violazione e falsa applicazione degli artt. 91 e 112 c.p.c. commessa dal Tribunale di Asti per l'omessa pronuncia sul punto.

L'appello incidentale è inammissibile.

L'appello incidentale non è infatti stato proposto nel termine per impugnare la sentenza di primo grado (scaduto il 20.12.2021, essendo la sentenza stata pubblicata il 19.5.2021

e non notificata), ma successivamente, in data 13.1.2022 (nel termine dei 20 giorni prima dell'udienza di comparizione per la costituzione in giudizio della parte appellata).

L'inammissibilità dell'impugnazione derivante dall'inosservanza dei termini all'uopo stabiliti a pena di decadenza è correlata alla tutela d'interessi di carattere generale e, come tale, è insanabile, oltre che rilevabile d'ufficio (Cass.civ. 26164/2020, Cass. civ. 11666/2015).

Si richiama la giurisprudenza della Suprema Corte secondo cui:

- "La parte parzialmente soccombente può proporre appello incidentale tardivo, ai sensi dell'art. 334 c.p.c., anche in riferimento ai capi della sentenza di merito non oggetto di gravame con l'impugnazione principale, a condizione che si tratti di impugnazioni proposte in relazione ad unico rapporto, mentre, qualora si tratti di distinti rapporti dedotti nello stesso giudizio, ovvero in cause diverse poi riunite, ciascuna parte deve proporre impugnazione per i capi della sentenza che la riguardino nei termini di cui agli artt. 325 e 327 c.p.c." (Cass. civ. 26164/2020);
- "L'impugnazione incidentale tardiva è sempre ammissibile, a tutela della reale utilità della parte, ove l'impugnazione principale metta in discussione l'assetto d'interessi derivante dalla sentenza cui la parte non impugnante aveva prestato acquiescenza, atteso che l'interesse ad impugnare sorge, anche nelle cause scindibili, dall'eventualità che l'accoglimento dell'impugnazione principale modifichi tale assetto giuridico" (Cass. 15770/2018);
- "Nelle cause scindibili o indipendenti, l'appello incidentale tardivo, pur potendo investire capi diversi da quelli impugnati in via principale, non può determinare un'estensione soggettiva del giudizio e non può, pertanto, essere proposto contro parti diverse da quelle che hanno proposto l'impugnazione in via principale, nei confronti delle quali deve ritenersi formato il giudicato interno" (Cass. civ. 5989/2020).

L'appello incidentale proposto da C. F. riguarda un capo della sentenza diverso e autonomo rispetto a quello oggetto dell'appello principale (riguardante esclusivamente la

condanna a manlevare F. L.) nonché un rapporto distinto (rapporto contrattuale C. F.-F. L.) dal rapporto assicurativo tra F. L. e Zurich Insurance dedotto nello stesso giudizio.

L'appello incidentale è rivolto contro una parte diversa dall'appellante principale (F. L.).

L'appello principale è rivolto esclusivamente nei confronti di F. L. e non nei confronti di C. F. (essendo la domanda restitutoria inammissibile).

Sicchè l'interesse a proporre l'appello incidentale non è sorto dall'appello principale, il cui accoglimento non comporta una modifica dell'assetto delle situazioni giuridiche originariamente accettate dall'appellato.

Ne consegue l'inammissibilità dell'appello incidentale tardivo.

V. In conclusione l'appello principale viene accolto, con riforma della sentenza impugnata e rigetto della domanda di manleva proposta da F. L. nei confronti di Zurich Insurance.

Sulla base del principio della soccombenza ex art. 91 c.p.c., le spese processuali del giudizio di primo grado di Zurich Insurance vengono poste a carico di F. L..

Parimenti le spese di lite del presente giudizio d'appello, nel rapporto tra Zurich e F. L. vengono poste a carico dell'appellato F. L. in applicazione del principio di soccombenza.

Le spese a favore di Zurich vengono liquidate ai sensi del D.M. 55/2014, come modificato dal D.M. 147/2022, tenuto conto del valore di causa (scaglione da euro 26.000,01 a euro 52.000,00) nei seguenti importi:

- per il primo grado di giudizio euro 1.701,00 per fase di studio, euro 1.204,00 per fase introduttiva, euro 903,00 per fase istruttoria (importo ridotto rispetto al valore medio, non essendo stata svolta istruttoria orale o c.t.u. pur essendo state depositate le memorie autorizzate), euro 2.905,00 per fase decisionale, per totali euro 6.713,00 per compensi; oltre a euro 2.000,00 per compensi per il procedimento di a.t.p. (ove Zurich è intervenuta a seguito della chiamata in causa da parte di F. L.); oltre al 15% rimborso forfettario spese, CPA e IVA se dovuta;

- per il giudizio di appello euro 2.058,00 per fase di studio, euro 1.418,00 per fase introduttiva, euro 3.470,00 per fase decisionale (con esclusione della fase istruttoria, non svolta), per totali euro 6.946 per compensi; oltre al 15% rimborso forfettario spese, CPA e IVA se dovuta.

Nel rapporto tra C. F. e le altre parti le spese di lite del grado d'appello vengono compensate integralmente tra le parti, tenuto conto dell'esito complessivo della causa ed essendo la soccombenza sull'appello incidentale irrilevante nell'economia generale del giudizio.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 13 comma 1 quater D.P.R. n. 115/2002 l'appellante incidentale C. F. è tenuto a versare un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per la stessa impugnazione incidentale.

P.Q.M.

La Corte d'Appello di Torino, Sezione Terza Civile, ogni altra istanza, eccezione e deduzione respinta, definitivamente pronunciando,

accoglie l'appello proposto da Zurich Insurance Public Limited Company avverso la sentenza n.335/2021 del Tribunale di Asti, pubblicata il 19.5.2021, e in parziale riforma di tale sentenza,

- rigetta la domanda di manleva proposta da F. L. nei confronti di Zurich Insurance Public Limited Company;
- dichiara tenuto e condanna F. L. a rimborsare a Zurich Insurance Public Limited Company le spese di lite del primo grado di giudizio, comprensive di quelle del procedimento per a.t.p., che liquida in euro 8.713,00 per compensi, oltre al 15% rimborso forfettario spese, CPA e IVA se dovuta;
- conferma per il resto la sentenza impugnata.

Dichiara inammissibile la domanda restitutoria formulata dall'appellante nei confronti di C. F..

Dichiara inammissibile l'appello incidentale proposto da C. F. nei confronti della sentenza impugnata.

Condanna l'appellato F. L. a rimborsare all'appellante Zurich Insurance Public Limited Company le spese di lite del presente giudizio d'appello, che liquida in euro 6.946 per compensi; oltre al 15% rimborso forfettario spese, CPA e IVA se dovuta.

Compensa integralmente tra le parti le spese processuali nel rapporto tra C. F. e le altre parti.

Per effetto della presente decisione, sussistono i presupposti per il versamento dell'ulteriore contributo unificato a carico di parte appellante incidentale C. F..

Così deciso in Torino nella camera di consiglio del 17.1.2023 dalla Terza Sezione Civile della Corte d'Appello.