

Data di pubblicazione: 3 settembre 2026

DAVIDE IANNI*

*La soglia della percezione nel contratto di assicurazione:
alea, buona fede e delimitazione della garanzia nelle polizze
claims made*

(nota a Cass. civ., sez. III, 7 novembre 2025, n. 29456)

*The threshold of perception in insurance contracts:
aleatory risk, good faith and the delimitation of cover in claims-
made policies*

ABSTRACT: Il contributo esamina Cass. civ., sez. III, 7 novembre 2025, n. 29456, relativa all'operatività di una polizza assicurativa per la responsabilità civile professionale medico-sanitaria, strutturata secondo il modello *claims made*. La pronuncia riconosce, con riguardo agli obblighi informativi gravanti sull'assicurando, autonoma rilevanza alla «percezione» dei presupposti della responsabilità, quale soglia di emersione del rischio, distinta e anticipata rispetto alla formale proposizione di una richiesta risarcitoria, riconducendo tale verifica all'art. 1892 c.c. e al principio di

* Dottorando di ricerca in Diritto privato presso l'Università degli studi di L'Aquila.

uberrima bona fides. Muovendo da tale arresto, la nota indaga il rapporto tra obbligo informativo dell'assicurato, funzione aleatoria del contratto e delimitazione della garanzia, interrogandosi sui limiti entro cui la percezione di un fatto pregresso possa incidere sull'operatività della copertura. In particolare, il contributo si sofferma sul rischio che una nozione eccessivamente ampia di percezione finisca per anticipare l'alea nella fase precontrattuale, trasformando la buona fede in un dovere di previsione del sinistro. Entro questa cornice, l'indagine mira a individuare una soglia di rilevanza della percezione coerente con la corretta rappresentazione del rischio, con l'equilibrio tra premio e garanzia e con l'esigenza di evitare vuoti di copertura nelle polizze *claims made*.

This note examines Italian Supreme Court decision no. 29456 of 7 November 2025, concerning the operation of a professional liability insurance policy for medical malpractice drafted on a claims-made basis. The judgment gives autonomous relevance to the insured's «perception» of the grounds of liability, as distinct from the mere receipt of a claim, and frames that assessment within Article 1892 of the Italian Civil Code and the principle of *uberrima bona fides*. Starting from this decision, the note investigates the relationship between the insured's duty of disclosure, the aleatory function of the insurance contract and the delimitation of cover, questioning the extent to which the perception of a prior fact may affect the operation of the policy. In particular, the contribution addresses the risk that an excessively broad notion of perception may anticipate aleatory risk into the pre-contractual phase, thereby turning good faith into a duty to foresee the insured event. Against this background, the analysis seeks to identify a threshold of relevance for perception which is consistent with

the proper representation of risk, the balance between premium and cover, and the need to prevent coverage gaps in claims-made policies.

PAROLE CHIAVE: Assicurazione della responsabilità civile; Clausole *claims made*; art. 1892 c.c.; *Uberrima bona fides*; Percezione qualificata del rischio.

KEYWORDS: Liability insurance; Claims-made clauses; Article 1892 Italian Civil Code; *Uberrima bona fides*; Qualified perception of risk.

SOMMARIO: 1. – Il contratto di assicurazione tra rischio, alea e obblighi informativi. – 2. La Cassazione n. 29456 del 2025: *uberrima bona fides* e *claims made clause* nella responsabilità medica. – 3. «Percezione» del rischio e presupposti della responsabilità tra dato oggettivo e sfera conoscitiva dell'assicurato. – 4. L'ambiguità del fatto noto tra reticenza dell'assicurato e delimitazione della garanzia. – 5. Considerazioni conclusive: la percezione qualificata come punto di equilibrio tra alea e buona fede.

1. Il contratto di assicurazione tra rischio, alea e obblighi informativi.

Il contratto di assicurazione costituisce uno dei luoghi nei quali la teoria generale del contratto mostra con maggiore evidenza la propria dimensione economica¹.

¹ Per una panoramica sul contratto di assicurazione, P. CORRIAS, *I contratti di assicurazione (Profili strutturali e funzionali)*, Napoli, 2016, 15 ss.; ID., *Alea e corrispettività nel contratto di assicurazione*, in *Banca, borsa e titoli di credito*, fasc. 3/2015, 301 ss.; P. CORRIAS, *La causa del contratto di assicurazione: tipo assicurativo o tipi assicurativi?*, in *Riv. dir. civ.*, 2013, 48 ss.; AA. VV., *Manuale di diritto dell'economia. I mercati finanziari e dell'economia*, P. Corrias e R. Lener (a cura di), Torino, 2024, 325 ss.; R. CALVO, *Il contratto di assicurazione. Fattispecie ed effetti*, in

Tale profilo emerge già dalla definizione codicistica del contratto di assicurazione, nella quale il pagamento del premio trova la propria giustificazione causale non già nella sola ed eventuale esecuzione della prestazione indennitaria o di manleva bensì nell'assunzione attuale del rischio da parte dell'assicuratore². La causa assicurativa, infatti, consiste

Trattato della responsabilità civile, Milano, 2012; S. FORTUNATO, *A proposito del contratto di assicurazione (rileggendo "L'assicurazione nella teoria dei contratti aleatori" di Agostino Gambino)*, in *Assicurazioni*, 4/2020, 637 ss.; V. SALANDRA, *Dell'assicurazione*, in *Comm. cod. civ., Scialoja - Branca*, Bologna-Roma, 1966, 367; V. DE LORENZI, *Contratto di assicurazione. Disciplina giuridica e analisi economica*, Padova, 2008; C. VIVANTE, *Il contratto di assicurazione, Assicurazioni sulla vita*, vol. III, Milano, 1887, 10 ss.; A. PINO, *Il contratto di assicurazione e il contratto a prestazioni corrispettive*, in *Atti del primo congresso internazionale di diritto delle assicurazioni*, I, Milano, 1963, 497 ss.; S. LANDINI, *Il contratto di assicurazione contro la responsabilità nella sistematica del codice civile e della normativa di settore*, reperibile al sito della Scuola Superiore della Magistratura: scuolamagistratura.it; A. DONATI, *Trattato del diritto delle assicurazioni private*, III, *Il diritto del contratto di assicurazione*, sez. II, *La disciplina delle singole specie (rami) di assicurazione*, Milano, 1956, 16 ss.; G. SCALFI, *Assicurazione (contratto di)*, in *Digestodisc. priv. sez. comm.*, I, Torino, 1987, 337 ss.

² Ai sensi dell'art. 1882 c.c., l'assicurazione è il contratto con il quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga, entro i limiti convenuti, a rivalere l'assicurato del danno prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana. La disposizione, pur formulata attraverso il riferimento alla prestazione indennitaria o alla prestazione pecuniaria dovuta al verificarsi dell'evento assicurato, non consente di ridurre la posizione dell'assicuratore ad una obbligazione meramente eventuale, nascente soltanto con il sinistro. Nel contratto di assicurazione, infatti, l'obbligazione dell'assicuratore sorge con la conclusione del contratto e consiste, anzitutto, nell'assunzione attuale del rischio dedotto in garanzia; eventuale è, piuttosto, l'esecuzione della prestazione di indennizzo, di manleva o di pagamento, la quale dipende dal verificarsi dell'evento assicurato e resta contenuta nei limiti convenuti. Il premio non costituisce il corrispettivo della sola prestazione indennitaria futura e incerta, ma remunera l'assunzione professionale del rischio da parte dell'impresa assicurativa, secondo una logica tecnico-attuariale fondata sulla selezione, misurazione e redistribuzione di una pluralità di rischi omogenei. Ne deriva che il sinallagma assicurativo non si attegga come scambio immediato tra premio e indennizzo, bensì come correlazione tra premio e garanzia, intesa quale assunzione attuale di un rischio economicamente valutabile, ferma restando l'eventualità della prestazione soddisfattiva finale. In tal senso, l'art. 1882 c.c. esprime la struttura causale dell'assicurazione come operazione di trasferimento e organizzazione dell'incertezza, nella quale l'alea non incide sulla nascita dell'obbligazione dell'assicuratore, ma sulla

più propriamente nell'organizzazione giuridica ed economica dell'incertezza, non esaurendosi nel solo scambio tra premio e indennizzo³: l'assicuratore assume professionalmente un rischio, lo seleziona, lo misura e lo redistribuisce all'interno di una comunione tecnica di rischi omogenei⁴.

Il contratto di assicurazione organizza giuridicamente il trasferimento di un rischio, rendendo possibile la sua gestione mediante criteri tecnico-attuariali e attraverso l'inserimento del singolo rapporto in una più ampia massa di rapporti⁵. Il rischio non rappresenta, pertanto, un elemento patologico del contratto; al contrario, esso costituisce il suo presupposto funzionale: l'assicurazione esiste proprio perché una determinata eventualità dannosa, futura o comunque incerta nei suoi effetti giuridicamente rilevanti, viene trasferita dall'assicurato all'assicuratore a fronte del pagamento di un premio⁶.

Da tale premessa discende l'esigenza di distinguere il rischio dall'alea⁷. Il rischio individua l'evento incerto considerato dal contratto e assunto entro

concreta attuazione della prestazione dovuta al verificarsi del sinistro o dell'evento assicurato.

³ Relativamente alla causa del contratto assicurativo, P. CORRIAS, *Causa del contratto di assicurazione: tipo assicurativo o tipi assicurativi?*, in *Rivista di diritto civile*, fasc. 1/2013, 41 ss.

⁴ P. CORRIAS, *Alea e corresponsività nel contratto di assicurazione (indivisibilità del premio e sopravvenienza)*, in *Banca borsa e titoli di credito*, fasc. 3/2015, 301 ss.; ID., *Il problema dell'onerosità-gratuità nel contratto di assicurazione e nei contratti aleatori*, in *Rivista di diritto civile*, fasc. 1/2016, 67 ss.

⁵ N. GASPERONI, voce *Contratto di assicurazione (in generale)*, in *Noviss. Dig. it.*, IV, Torino, 1959, 590 ss.; G. VOLPE PUTZOLU, *L'assicurazione*, in *Tratt. Riscigno*, XIII, Torino, 1958, 65 ss.;

⁶ M. MAZZOLA, *L'interesse nel contratto di assicurazione. Teoria e problemi del tipo*, Napoli, 2025, 31 ss.; P. CORRIAS, *Sinistro, danno e rischio nell'assicurazione della responsabilità civile*, in *Resp. civ. prev.*, 2018, 904 ss.

⁷ L. BALESTRA, *Il contratto aleatorio e l'alea normale*, Padova, 2000, 83 ss.; G. MARESCA, *Alea contrattuale e contratto di assicurazione*, Napoli, 1979, 21 ss.; G. BELLI, *L'alea contrattuale: tra autonomia privata e speculazione economica*, in *Quaderni della Rassegna di diritto civile* diretta da P. Perlingieri, Napoli, 2016, 18 ss.

i limiti della garanzia; l'alea esprime, invece, l'incidenza economico-giuridica di tale incertezza sull'equilibrio del rapporto e, più precisamente, sulla particolare conformazione del sinallagma assicurativo⁸. Nell'assicurazione, dunque, l'alea non è un elemento accidentale del contratto, bensì il modo stesso in cui l'incertezza viene economicamente distribuita tra le parti⁹. L'assicurato corrisponde un premio certo mentre l'assicuratore assume un'obbligazione, il cui contenuto patrimoniale dipende dalla verifica del sinistro e dalla concreta estensione della garanzia.

Da questo punto di vista, il premio non costituisce il semplice prezzo dell'eventuale indennizzo ma la traduzione economica del rischio assunto. Esso presuppone una valutazione preventiva dell'intensità, della frequenza e della prevedibile incidenza patrimoniale degli eventi coperti. La corrispettività assicurativa, dunque, opera secondo una relazione mediata e probabilistica tra rischio trasferito e premio dovuto, non perché manchi uno scambio attuale tra le prestazioni, ma perché l'equilibrio sinallagmatico non si misura sulla equivalenza immediata tra premio e indennizzo, bensì sulla proporzione tra premio, rischio assunto e garanzia

⁸ Sul rapporto tra premio, assunzione del rischio e corrispettività assicurativa, v. P. CORRIAS, *Alea e corrispettività nel contratto di assicurazione*, in *Banca borsa tit. cred.*, 2015, 301 ss.; ID., *I contratti di assicurazione. Profili strutturali e funzionali*, Napoli, 2016, 15 ss.; S. LANDINI, *Art. 1882*, in *Dei singoli contratti*, a cura di D. Valentino, Torino, 2011, 39 ss.; A. GAMBINO, *L'assicurazione nella teoria dei contratti aleatori*, Milano, 1964, *passim*.

⁹ Il richiamo all'«alea normale del contratto» contenuto nell'art. 1467 c.c., pur riferito alla diversa disciplina della risoluzione per eccessiva onerosità sopravvenuta, conferma sul piano sistematico che l'ordinamento distingue tra rischio fisiologicamente assunto nel regolamento contrattuale e alterazione patologica dell'equilibrio negoziale. Nel contratto di assicurazione tale distinzione assume rilievo peculiare, poiché il rischio non costituisce una sopravvenienza esterna, ma l'oggetto stesso dell'operazione economica: la buona fede precontrattuale non può dunque sterilizzare l'alea, ma soltanto impedire che essa sia manipolata mediante l'omissione di circostanze già idonee a qualificare il rischio come concretamente emerso.

prestata¹⁰. Proprio per questo, l'inesatta rappresentazione del rischio non altera soltanto il consenso dell'assicuratore in senso psicologico o interno, ma incide sul sinallagma nonché sulla base tecnico-economica dell'operazione¹¹.

Ne deriva che l'obbligo informativo gravante sull'assicurato non può essere inteso come strumento volto a neutralizzare il rischio, poiché proprio il rischio costituisce la ragione dell'operazione assicurativa¹². Esso mira, piuttosto, a evitare che l'assicuratore sia indotto ad assumere un rischio diverso da quello rappresentato, o sensibilmente più intenso, senza aver potuto apprezzarne l'effettiva consistenza ai fini della determinazione del premio, con conseguente alterazione del processo di formazione del suo consenso¹³.

¹⁰ La precisazione è necessaria per evitare equivoci sulla natura sinallagmatica del contratto di assicurazione. Lo scambio tra le parti è attuale, poiché al pagamento del premio corrisponde immediatamente l'assunzione del rischio da parte dell'assicuratore e la predisposizione della garanzia, intesa come obbligo di tenere indenne l'assicurato nei limiti convenuti. Ciò che è eventuale non è, dunque, la posizione obbligatoria dell'assicuratore, ma l'esecuzione della prestazione indennitaria o di manleva, subordinata al verificarsi del sinistro. In questo senso, la corrispettività assicurativa si distingue dallo scambio commutativo ordinario non perché difetti un rapporto di reciprocità attuale tra le prestazioni, ma perché l'equilibrio del contratto è misurato in termini probabilistici, attraverso la proporzione tra premio, rischio assunto e garanzia prestata.

¹¹ G. BERTI DE MARINIS, *L'impresa di assicurazione e la distribuzione assicurativa*, in *Tratt. Dir. civ. e comm. Cicu-Messineo*, Milano, 2023, 37 ss.; P. CORRIAS, *I contratti aleatori: rivisitazione di una categoria*, in *Banca borsa e titoli di credito*, fasc. 5/2022, 1, 671 ss.

¹² E. CECCHINATO, *Le dichiarazioni inesatte e le reticenze nella contrattazione assicurativa tra oneri informativi, obblighi precontrattuali e rimedi contro i vizi del consenso*, in *Diritto del mercato assicurativo e finanziario*, fasc. 1/2025, 135 ss.; A. CASÀ, *Reticenza del contraente ed obbligo di buona fede precontrattuale dell'assicuratore: la ricerca di un necessario bilanciamento*, in *La Nuova Giurisprudenza Civile Commentata*, fasc. 1/2024, 254 ss.; C. RUSSO, *Trasparenza ed informazione dei contratti dell'impresa di assicurazione. La prospettiva dell'analisi economica del diritto*, in *Assicurazioni*, fasc. 4/2023, 1, 699 ss.

¹³ G. PERFETTI, *Lo statuto degli obblighi informativi: un altro contributo della Corte UE*, in *La Nuova Giurisprudenza Civile Commentata*, fasc. 4/2022, 1, 811 ss.

Il contratto di assicurazione, pur essendo strutturalmente aleatorio, conserva natura sinallagmatica: l'alea non esclude la corrispettività, ma ne conforma il contenuto, poiché il premio trova la propria giustificazione causale nell'assunzione attuale del rischio da parte dell'assicuratore e nella predisposizione della garanzia, non nella sola eventuale esecuzione della prestazione indennitaria.

Proprio per questo, la rappresentazione precontrattuale del rischio diviene essenziale, non per sterilizzare l'alea, ma per impedire che essa sia falsata sin dal momento genetico del rapporto¹⁴.

È entro tale cornice che deve essere collocato l'art. 1892 c.c.¹⁵: la disposizione, nel sanzionare le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'assicurato rese con dolo o colpa grave, non tutela l'assicuratore in

¹⁴ P. CORRIAS, *Alea e corrispettività nel contratto di assicurazione (indivisibilità del premio e sopravvenienza)*, in *Banca borsa e titoli di credito*, fasc. 3/2015, 1, 321 ss.; F. RECCHIONI, *Le difformità tra il rischio reale ed il rischio rappresentato nel contratto assicurativo. L'aggravamento del rischio*, in *Archivio giuridico della circolazione e dei sinistri stradali*, 3/2000, 205 ss.

¹⁵ L'art. 1892 c.c. disciplina le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'assicurato rese con dolo o colpa grave, prevedendo l'annullabilità del contratto quando esse abbiano ad oggetto circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe prestato il proprio consenso, o non lo avrebbe prestato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose. La disposizione non sanziona, dunque, qualunque inesattezza informativa, né impone all'assicurando un dovere indiscriminato di rappresentazione di ogni possibile timore o congettura; essa presuppone, piuttosto, un duplice filtro selettivo. Il primo è oggettivo-causale, poiché la circostanza taciuta o inesattamente dichiarata deve essere concretamente rilevante ai fini della formazione del consenso dell'assicuratore e della determinazione delle condizioni contrattuali, in particolare del premio. Il secondo è soggettivo, poiché la reticenza o l'inesattezza devono essere imputabili all'assicurato almeno a titolo di colpa grave, restando estranee alla fattispecie le omissioni non rimproverabili o relative a fatti non ragionevolmente conoscibili. In tal senso, l'art. 1892 c.c. opera come norma di raccordo tra buona fede precontrattuale e tecnica assicurativa: esso tutela non l'assicuratore in quanto contraente professionalmente forte, ma la corretta rappresentazione del rischio quale presupposto dell'equilibrio tra rischio assunto e premio dovuto. La norma, pertanto, non è diretta a eliminare l'alea del contratto di assicurazione, bensì a impedire che l'alea venga falsata mediante la sottrazione all'assicuratore di circostanze già idonee a qualificare il rischio come diverso, più intenso o già concretamente individualizzato rispetto a quello rappresentato.

quanto parte forte del rapporto, bensì presidia la corrispondenza tra rischio reale, rischio rappresentato e premio. La norma opera, pertanto, al crocevia tra buona fede precontrattuale e razionalità economica dell'impresa assicurativa: da un lato, essa costituisce applicazione settoriale del dovere di correttezza nella formazione del contratto; dall'altro, risponde all'esigenza di conservare l'equilibrio tecnico dell'operazione assicurativa, evitando che l'asimmetria informativa in ordine al rischio si traduca in una alterazione del rapporto tra premio ed esposizione assunta. In questo senso, la buona fede assicurativa non elimina l'alea, ma ne presidia la corretta formazione¹⁶.

La peculiarità della buona fede¹⁷ nel contratto assicurativo consiste, allora, nel fatto che essa non pretende dall'assicurato una conoscenza assoluta del rischio, né impone la comunicazione di ogni timore meramente soggettivo o congetturale. Essa richiede, piuttosto, che non sia sottratto all'assicuratore quel nucleo informativo che consente di distinguere il rischio ancora incerto dal rischio già concretamente individualizzato¹⁸. Il dovere c.d. «dichiarativo» non ha funzione sterilizzante dell'alea, bensì funzione selettiva: esso serve a impedire che venga trattato come rischio assicurabile ciò che, nella concreta sfera conoscitiva dell'assicurato, ha già assunto consistenza di fatto generatore di responsabilità.

Tale impostazione assume tratti peculiari nell'assicurazione della responsabilità civile, nella quale il rischio non coincide con la perdita o il

¹⁶ R. DIES, *Le dichiarazioni inesatte o reticenze del contraente in sede di conclusione del contratto di assicurazione (art. 1892 e 1893 c.c.): una disciplina obsoleta*, in *Responsabilità civile e previdenza*, fasc. 2-3/1997, 538 ss.

¹⁷ Sul concetto di buona fede in generale, R. SACCO, *La buona fede nella teoria dei fatti giuridici di diritto privato*, in «*Ristampe della Scuola di specializzazione in diritto civile dell'Università di Camerino*», 1949-2026.

¹⁸ G. P. VIANELLO, *Il ruolo della buona fede nell'interpretazione dell'art. 1892 cod. civ. (dichiarazioni inesatte e reticenza con dolo o colpa grave del contraente assicurando)*, in *Diritto e pratica nell'assicurazione*, fasc. 2/1991, 2, 283 ss.

deterioramento di una cosa ma con l'esposizione del patrimonio dell'assicurato all'obbligazione risarcitoria verso il terzo. L'interesse assicurato è, dunque, l'integrità del patrimonio rispetto alle conseguenze economiche della responsabilità dedotta in contratto.

La questione assume particolare rilievo nelle polizze assicurative per la responsabilità medico-professionale secondo il modello *claims made*¹⁹. In tali ipotesi, l'assicuratore accetta di coprire anche fatti anteriori alla stipulazione, purché essi non siano già emersi, conosciuti o percepiti dall'assicurato come possibili fonti di responsabilità mediante una richiesta risarcitoria. La retroattività della clausola, dunque, non è di per sé incompatibile con l'alea assicurativa; al contrario, ne costituisce una specifica modalità di regolazione²⁰.

¹⁹ P. CORRIAS, *La clausola claims made al vaglio delle Sezioni Unite: un'analisi a tutto campo*, in *Banca borsa tit. cred.*, 2016, 661 ss.; ID., "Claims made", *rischio e sinistro nell'assicurazione della responsabilità civile: prime riflessioni alla luce dell'ordinanza di rimessione n. 1465/2018*, in *Rivista di diritto bancario*, 2/2018, 7 ss.; I. RIVA, *La clausola claims made in seguito alla sentenza delle Sez. Un. n. 22437/2018*, in *Dir. mer. ass. fin.*, 2019, II, 310 ss.; M. ROSSETTI, *L'impatto della sentenza delle Sezioni Unite sulle polizze claims made basis: cosa cambia per il futuro (e per il passato)*, *ivi*, 2018, I, 15 ss.; L. LOCATELLI, *Clausole claims made e giudizio di vessatorietà*, in *Resp. civ. prev.*, 2016, 529 ss.; S. LANDINI, *L'adeguatezza delle "claims made"*, in *Giur. comm.*, 1/2020, 130 ss.; A. MONTI, *In tema di liceità della clausola claims made nel contratto di assicurazione della responsabilità civile*, in *Dir. econ. ass.*, 2005, 530 ss.; F.A. MAGNI, *Gli incerti limiti di validità della "clausola claims made" nei contratti di assicurazione per la responsabilità civile*, in *Corr. merito*, 2013, 1164 ss.; S. MONTICELLI, *La clausola "claims made" tra abuso del diritto e immeritevolezza*, in *Danno resp.*, 2013, 701 ss.; M. GAZZARA, *L'assicurazione di responsabilità civile professionale*, Napoli, 2016, 90 ss.; P. CORRIAS, *L'assicurabilità dei fatti pregressi nelle assicurazioni della responsabilità civile*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 4/2019, 1443 ss.; V. AMENDOLAGINE, *Clausola "claims made", alea contrattuale e copertura assicurativa per la responsabilità civile*, in *Contratti*, 2014, 530 ss.; S. BOSA, *Il contratto di assicurazione professionale tra mercato e recenti normative*, in *Nuove leggi civ. comm.*, 2015, 275 ss.; sia inoltre consentito richiamare, D. IANNI, *L'equilibrio contrattuale nelle polizze assicurative per la responsabilità medica con clausola claims made (App. Bari 12 maggio 2023)*, in *Assicurazioni. Rivista di diritto, economia e finanza delle assicurazioni private*, fasc. 4/2024, 888 ss.

²⁰ Occorre distinguere, sul piano concettuale, tra clausola *claims made* e retroattività della garanzia. La prima individua nella richiesta risarcitoria formulata dal terzo il criterio temporale di attivazione della copertura, in luogo del mero fatto generatore della

La clausola *claims made*, infatti, non nega la struttura assicurativa del rapporto ma incide sul criterio temporale di emersione del sinistro rilevante ai fini della garanzia²¹. Essa sostituisce, o comunque affianca, al momento del fatto generatore della responsabilità il momento della richiesta risarcitoria, così rispondendo alle peculiarità dei rischi professionali e sanitari, nei quali può intercorrere un significativo

responsabilità; la seconda attiene, invece, all'estensione della garanzia a fatti anteriori alla stipulazione della polizza. Si parla usualmente di *claims made* «pura» quando la copertura opera per le richieste risarcitorie pervenute durante il periodo di efficacia della polizza, indipendentemente dal momento di commissione del fatto generatore, salvi i limiti dei fatti già noti o denunciati; si parla, invece, di *claims made* «impura», «mista» o «spuria» quando la garanzia è circoscritta alle richieste presentate durante la vigenza del contratto, ma relative a fatti commessi nello stesso periodo di efficacia della polizza o in un periodo di retroattività temporalmente delimitato.

²¹ Sulla liceità della *claims made clause* la giurisprudenza di legittimità è oramai pacifica: Cass. civ., sez. un. n. 9140 del 2016: «Il patto *claims made* è volto a stabilire quali siano, rispetto all'archetipo fissato dall'art. 1917 cod. civ., i sinistri indennizzabili, così venendo a delimitare l'oggetto del contratto piuttosto che la responsabilità dell'assicuratore; conseguentemente è da escludere il carattere vessatorio della clausola ai sensi dell'art. 1341 cod. civ.»; successivamente, conformi anche Cass. civ., sez. III, n. 27867 del 2017 nonché Cass. civ., sez. un., n. 22437 del 2018 in cui si ribadisce che: «Il modello di assicurazione della responsabilità civile con clausole “*on claims made basis*”, quale deroga convenzionale all'art. 1917, comma 1, c.c., consentita dall'art. 1932 c.c., è riconducibile al tipo dell'assicurazione contro i danni e, pertanto, non è soggetto al controllo di meritevolezza di cui all'art. 1322, comma 2, c.c., ma alla verifica, ai sensi dell'art. 1322, comma 1, c.c., della rispondenza della conformazione del tipo, operata attraverso l'adozione delle suddette clausole, ai limiti imposti dalla legge, da intendersi come l'ordinamento giuridico nella sua complessità, comprensivo delle norme di rango costituzionale e sovranazionale. Tale indagine riguarda, innanzitutto, la causa concreta del contratto – sotto il profilo della liceità e dell'adeguatezza dell'assetto sinallagmatico rispetto agli specifici interessi perseguiti dalle parti –, ma non si arresta al momento della genesi del regolamento negoziale, investendo anche la fase precontrattuale (in cui occorre verificare l'osservanza, da parte dell'impresa assicurativa, degli obblighi di informazione sul contenuto delle “*claims made*”) e quella dell'attuazione del rapporto (come nel caso in cui nel regolamento contrattuale “*on claims made basis*” vengano inserite clausole abusive), con la conseguenza che la tutela invocabile dall'assicurato può esplicarsi, in termini di effettività, su diversi piani, con attivazione dei rimedi pertinenti ai profili di volta in volta implicati», tutte in www.dejure.it, commentata in dottrina, tra gli altri, da A. CANDIAN, *Ultima tappa (per ora) nella saga delle claims made*, in *Foro it.*, 2018, I, c. 3519.

intervallo temporale tra condotta, danno, consapevolezza del pregiudizio e attivazione della pretesa del terzo.

Il problema non consiste nello stabilire se un fatto pregresso possa essere assicurato, poiché la funzione della garanzia retroattiva è precisamente quella di estendere la copertura a vicende anteriori. Il punto critico è, piuttosto, individuare il momento in cui il fatto pregresso cessa di appartenere all'area del rischio assicurabile e diviene un accadimento (*rectius*, un danno) già sostanzialmente individualizzato nella sfera conoscitiva dell'assicurato²².

La percezione rilevante non coincide, dunque, con la mera possibilità astratta che un evento pregresso generi conseguenze dannose ma con il superamento di una soglia conoscitiva oltre la quale il rischio non è più soltanto retrospettivo, bensì già concretamente riferibile a una vicenda individualizzata.

Su questa linea di confine si innesta la vicenda decisa da Cass., sez. III, 7 novembre 2025, n. 29456. Il caso trae origine da un'azione risarcitoria promossa dai congiunti di un paziente deceduto a seguito di un intervento chirurgico. Il sanitario, convenuto nel giudizio di responsabilità, aveva stipulato, pochi giorni dopo il decesso, una polizza di responsabilità professionale con clausola *claims made*. Tale garanzia, tuttavia, prevedeva una specifica clausola: l'art. 17 delle condizioni generali della polizza prevedeva, per i fatti anteriori alla stipula, che la copertura operasse soltanto per le responsabilità rispetto alle quali l'assicurato non avesse ricevuto, alla data di conclusione del contratto, richieste risarcitorie e non avesse avuto «percezione, notizia o conoscenza» dell'esistenza dei

²² Pone un accento sulla distinzione tra rischio assicurabile e rischio assicurato P. CORRIAS, *Autoresponsabilità e contratto di assicurazione*, in *Assicurazioni*, 2023, 13 ss., richiamato anche in AA. VV., *Manuale di diritto dell'economia. I mercati finanziari e dell'economia*, P. Corrias e R. Lener (a cura di), Torino, 2024, 338 ss.

presupposti della responsabilità. La previsione contrattuale aggiungeva, inoltre, che anche l'omessa percezione, notizia o conoscenza imputabile a colpa dell'assicurato avrebbe escluso l'operatività della garanzia²³.

Una volta accertata la responsabilità professionale del medico, l'assicuratore ha dunque opposto l'inoperatività della copertura, non limitandosi a dedurre l'anteriorità del fatto storico rispetto alla stipulazione della polizza, ma sostenendo che, al momento della conclusione del contratto, l'assicurato non potesse considerarsi estraneo alla percezione dei presupposti della propria responsabilità. In altri termini, la questione non si esauriva nella verifica della ricezione di una domanda risarcitoria, pacificamente successiva, investendo altresì il diverso profilo della possibile emersione, nella sfera conoscitiva del professionista, di un evento già idoneo a incidere sull'apprezzamento del rischio assicurativo.

Il fatto oggettivo era, dunque, certamente anteriore alla stipulazione della polizza. Ciò che restava da accertare era se, e in quale misura, esso fosse già entrato nella sfera conoscitiva del professionista non come mera possibilità astratta di futura contestazione, bensì come indice concreto di una responsabilità suscettibile di tradursi in pretesa risarcitoria. È precisamente su tale passaggio che si concentra il rilievo sistematico della decisione: la Corte è chiamata a stabilire se la garanzia retroattiva possa operare anche rispetto a un fatto già verificatosi ma non ancora formalizzato in una richiesta di risarcimento, ovvero se la pregressa percezione dei presupposti della responsabilità sia sufficiente a sottrarre quel fatto all'area del rischio assicurabile.

²³ Il testo dell'art. 17 delle condizioni generali di polizza rilevante ai fini della presente analisi era del seguente tenore letterale: «[...] non abbia ricevuto alla data di stipula richieste risarcitorie e se questi non abbia avuto percezione, notizia o conoscenza, dell'esistenza dei presupposti di detta responsabilità. L'omessa percezione, notizia o conoscenza per colpa dell'Assicurato del fatto o del comportamento anteriore alla stipula della polizza esclude, del pari, l'operatività della copertura assicurativa».

La questione non riguarda, pertanto, soltanto l'interpretazione di una clausola *claims made*, investendo altresì il rapporto tra rischio, conoscenza e buona fede nella fase genetica del contratto di assicurazione. Il problema diviene quello di individuare la soglia oltre la quale l'incertezza, pur non essendosi ancora tradotta in una domanda risarcitoria del terzo, cessa di essere alea assicurativa e si converte in rischio già individualizzato nella consapevolezza dell'assicurato. È da questa soglia – e dal significato giuridico che la sentenza attribuisce alla “percezione” dell'assicurato – che occorre muovere per esaminare il percorso argomentativo seguito dalla Cassazione.

2. La Cassazione n. 29456 del 2025: *uberrima bona fides* e *claims made clause* nella responsabilità medica

Muovendo da tale problematica, la pronuncia in commento consente di verificare in che termini la clausola *claims made* possa incidere sull'ampiezza dell'obbligo dichiarativo dell'assicurato e, più in particolare, quale rilievo debba attribuirsi alla «percezione» del fatto potenzialmente generatore di responsabilità.

La Corte di cassazione muove, infatti, dalla formulazione della clausola contrattuale destinata a regolare l'operatività della garanzia per i fatti anteriori alla stipulazione della polizza. L'art. 17 delle condizioni generali di assicurazione subordinava la copertura delle responsabilità pregresse non soltanto alla mancata ricezione, alla data di conclusione del contratto, di richieste risarcitorie, ma anche all'assenza, in capo all'assicurato, di «percezione, notizia o conoscenza» dell'esistenza dei presupposti della responsabilità. La stessa previsione stabiliva, inoltre, che l'omessa

percezione, notizia o conoscenza, ove imputabile a colpa dell'assicurato, escludesse del pari l'operatività della garanzia. Il dato negoziale assume, pertanto, rilievo centrale: il regolamento di polizza non assumeva quale unico indice di emersione del rischio la pretesa risarcitoria formalmente avanzata dal terzo, ma attribuiva rilievo anche a stati conoscitivi, o preconoscitivi, idonei a collegare il fatto pregresso alla possibile responsabilità professionale dell'assicurato.

È rispetto a tale assetto negoziale che la Cassazione censura l'accertamento compiuto dalla Corte d'appello²⁴. Quest'ultima aveva ritenuto operante la garanzia valorizzando essenzialmente due dati: da un lato, l'assenza, al momento della stipulazione, di una richiesta risarcitoria proveniente dai familiari del paziente, intervenuta solo in un momento successivo; dall'altro, la mancata conoscenza, da parte del sanitario, delle valutazioni medico-legali espresse nel procedimento penale. Tali elementi, pur certamente rilevanti, non esaurivano tuttavia il contenuto della clausola, poiché lasciavano privo di autonoma verifica il diverso profilo della «percezione» dei presupposti della responsabilità.

L'assenza di una richiesta risarcitoria attiene al momento della esteriorizzazione della pretesa del danneggiato; la mancata conoscenza della relazione peritale concerne, invece, il livello più intenso della

²⁴ La Corte d'appello di Milano, con sentenza 7 marzo 2023, n. 766, aveva confermato l'operatività della garanzia e l'accoglimento della domanda di manleva proposta dal sanitario nei confronti dell'assicuratore. Secondo quanto riferito dalla Cassazione, il giudice territoriale aveva escluso la rilevanza dell'art. 1892 c.c., ritenendo che, al momento della stipulazione della polizza, l'assicurato non avesse ricevuto alcuna richiesta risarcitoria dai familiari del paziente, pervenuta solo successivamente, né fosse a conoscenza delle valutazioni medico-legali contenute nella relazione del collegio peritale nominato dalla Procura nel procedimento penale. L'errore censurato dalla Suprema Corte consiste nell'aver arrestato l'accertamento a tali due profili, senza verificare autonomamente se il sanitario avesse avuto «percezione» dei presupposti della responsabilità, secondo quanto previsto dall'art. 17 delle condizioni generali di assicurazione.

conoscenza qualificata di un accertamento tecnico. Rimaneva, tuttavia, non esaminato il profilo intermedio, e autonomamente previsto dal contratto, della percezione dei presupposti della responsabilità.

Il motivo di ricorso dell'assicuratore era costruito proprio su tale omissione. La compagnia deduceva la violazione dell'art. 1892 c.c., sostenendo che, in una polizza di responsabilità professionale con efficacia retroattiva, la conoscenza, da parte del medico assicurando, di un fatto potenzialmente generatore di responsabilità costituisce circostanza rilevante ai fini della valutazione del rischio, anche a prescindere dalla ricezione di una richiesta risarcitoria o dalla conoscenza di un formale accertamento tecnico. La Cassazione accoglie la censura, pur espungendo dall'argomentazione il riferimento all'art. 2697 c.c., ritenuto irrilevante o comunque non adeguatamente articolato. Il nucleo della decisione si concentra, dunque, non sul riparto dell'onere probatorio, ma sull'erronea applicazione dell'art. 1892 c.c. e sull'incompleta interpretazione della clausola di polizza.

Il primo passaggio della motivazione è di ordine sistematico. La Corte richiama il proprio recente orientamento²⁵ secondo cui l'art. 1892 c.c. costituisce espressione del principio per cui il contratto di assicurazione esige dall'assicurato una *uberrima bona fides*, essendo questi il soggetto che,

²⁵ Cass. civ., sez. III, n. 3010 del 2025, in cui dichiara inammissibile la Corte App. Venezia, 11/05/2022, affermando che: «In tema di assicurazione contro i danni, l'art. 1892 c.c. è espressione del principio per cui il contratto di assicurazione esige la “*uberrima bona fides*” dall'assicurato, in quanto unico soggetto a conoscenza delle circostanze che consentono all'assicuratore di valutare l'intensità del rischio e di fissare il relativo premio, con la conseguenza che la sua reticenza gravemente colposa non è sanata dall'omissione di un'espressa previsione, nel contratto, di uno specifico onere di *discovery*, poiché quest'ultimo discende direttamente dalla legge ed è inderogabile in quanto dettato, a garanzia dell'equilibrio tra premio e rischio, nell'interesse dell'intera massa degli assicurati e non dell'assicuratore»; in senso conforme anche Cass. civ., sez. III, n. 29456 del 2025 nonché Cass. civ., sez. III, n. 32660 del 2023, in *www.dejure.it*.

prima della stipula, dispone delle informazioni necessarie per consentire all'assicuratore di valutare l'intensità del rischio e di determinare il premio. La reticenza gravemente colposa dell'assicurato, secondo tale impostazione, non è sanata dall'assenza di una specifica clausola contrattuale di *discovery*, poiché l'obbligo di corretta rappresentazione del rischio discende direttamente dalla legge ed è posto a tutela dell'equilibrio tra premio e rischio, non soltanto dell'interesse individuale dell'assicuratore, ma anche dell'intera massa degli assicurati²⁶. Tale affermazione si colloca nella più ampia ricostruzione della rappresentazione precontrattuale del rischio quale momento essenziale del trasferimento assicurativo, poiché solo una descrizione fedele del rischio effettivo consente all'impresa di stabilire se assumerlo, a quali condizioni e per quale premio²⁷.

Il secondo passaggio è di ordine ermeneutico. Se la clausola distingue tra mancata ricezione di richieste risarcitorie e assenza di percezione, notizia o conoscenza dei presupposti della responsabilità, il giudice non può appiattire la seconda condizione sulla prima. Diversamente, la previsione relativa alla «percezione» sarebbe privata di autonoma portata precettiva. La Cassazione valorizza, pertanto, la struttura composita della clausola: la richiesta risarcitoria rappresenta il momento di massima esteriorizzazione del rischio, mentre la notizia, la conoscenza e la percezione individuano gradi diversi di emersione anticipata del fatto rilevante nella sfera dell'assicurato. Proprio perché il regolamento negoziale aveva attribuito rilievo anche a tale dimensione anticipata, la Corte d'appello avrebbe

²⁶ A. DURANTE, *La buona fede e il contratto di assicurazione*, in *Assicurazioni*, fasc. 3/1979, 1, 222 ss.; A. DE CUPIS, *Precisazioni sulla buona fede nell'assicurazione*, in *Diritto e giurisprudenza*, fasc. 5/1971, 625 ss.

²⁷ F. CESERANI, *Rappresentazione del rischio, asimmetria informativa ed uberrima fides: diritto italiano e diritto inglese a confronto*, in *Dir. econ. ass.*, 2009, 151 ss.

dovuto procedere a una verifica distinta, non limitata alla constatazione dell'assenza di una domanda risarcitoria o di una piena conoscenza peritale.

Il terzo passaggio riguarda la peculiarità della polizza *claims made*. La Corte osserva che il contratto era destinato a coprire anche vicende anteriori alla stipulazione, in deroga al modello ordinario dell'art. 1917 c.c., fondato sul fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione. Proprio tale retroattività rendeva particolarmente cogente l'obbligo di *uberrima bona fides*: l'assicuratore, infatti, accettava di assumere un rischio relativo a fatti già verificatisi nella realtà storica, ma non ancora formalmente emersi come pretese risarcitorie. In questo contesto, la posizione informativa dell'assicurato acquista un rilievo rafforzato, perché egli può essere l'unico soggetto in grado di rappresentare all'assicuratore se il fatto pregresso sia ancora un rischio incerto oppure costituisca già un indice concreto di responsabilità²⁸.

È in tale prospettiva che la Cassazione censura la decisione impugnata per non aver considerato la prossimità temporale tra il decesso del paziente e la conclusione della polizza. Il giudice di merito avrebbe dovuto chiedersi se la «percezione» dei presupposti della responsabilità fosse desumibile, secondo un giudizio interpretativo complessivo, dalle peculiarità della vicenda: in particolare, dal fatto che il paziente fosse deceduto pochi giorni prima della stipulazione della polizza, a seguito di un intervento chirurgico, e che successivamente fosse stata accertata la responsabilità del sanitario. La Corte richiama, in tale passaggio, il criterio del «giudizio sintetico a posteriori» utilizzabile nell'interpretazione delle clausole assicurative, non per trasformare automaticamente l'evento dannoso in fatto noto, ma per imporre al giudice di merito di valutare se le circostanze complessive della

²⁸ F. CESERANI, ult. op. cit., 151 ss.

vicenda rendessero già percepibile, al momento della stipulazione, l'esistenza dei presupposti della responsabilità²⁹.

La portata della decisione deve, tuttavia, essere precisata. La Cassazione non afferma che ogni fatto anteriore alla stipula escluda l'operatività della garanzia, né stabilisce che il solo decesso del paziente fosse, di per sé, sufficiente a integrare una reticenza rilevante. La Suprema Corte non sostituisce il proprio apprezzamento a quello del giudice di merito, né afferma che il sanitario avesse effettivamente percepito i presupposti della propria responsabilità; rileva, piuttosto, che tale profilo, espressamente contemplato dalla clausola, avrebbe dovuto formare oggetto di autonoma e specifica verifica. Il ricorso viene infatti accolto con cassazione e rinvio, affinché la Corte d'appello, in diversa composizione, proceda alla decisione applicando il principio di diritto enunciato. Ciò conferma che il punto non è l'automatica inoperatività della copertura, bensì l'esigenza di attribuire autonoma rilevanza alla percezione quale possibile indice di reticenza assicurativa.

Sotto questo profilo, la pronuncia appare condivisibile nella parte in cui evita una lettura eccessivamente formalistica della clausola *claims made*. Se la richiesta risarcitoria fosse l'unico indice rilevante, l'assicurato potrebbe trasferire all'assicuratore un rischio già sostanzialmente maturato, purché non ancora tradotto in una pretesa formale del danneggiato. La copertura retroattiva, tuttavia, non è destinata a garantire perdite già conosciute o ragionevolmente percepibili come tali, bensì a includere nell'area della garanzia fatti anteriori ancora appartenenti all'alea assicurativa. Questa impostazione è coerente con la funzione economica del modello *claims made*, che consente di razionalizzare l'esposizione dell'impresa assicurativa

²⁹ Sul rapporto tra ermeneutica e regolamento negoziale, si veda C. DI LEO, *Contratto di assicurazione e causa concreta*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2010, I, 451 ss.; A. FEDERICO, *La causa del contratto tra «regole» e «principi»*, in *comparazionedirittocivile.it*, luglio 2018, 1 ss.

rispetto ai rischi a emersione differita, ma pone al tempo stesso il problema dei confini dell'obbligo dichiarativo dell'assicurato.

Proprio qui si apre il nodo teorico e applicativo della decisione. Il riconoscimento di autonoma rilevanza alla «percezione» è persuasivo sul piano ermeneutico e sistematico; esso, tuttavia, non risolve il problema della sua delimitazione. La percezione è una categoria più debole della conoscenza, meno esteriorizzata della richiesta risarcitoria e più sfuggente della notizia proveniente dall'esterno. Se intesa in senso eccessivamente ampio, rischia di trasformare qualsiasi consapevolezza dell'ordinaria rischiosità professionale in fatto rilevante ai sensi dell'art. 1892 c.c.; se intesa in senso troppo restrittivo, finisce per coincidere con la conoscenza piena o con la richiesta risarcitoria, vanificando la funzione della clausola. La decisione della Cassazione, dunque, individua correttamente la necessità della verifica ma lascia aperta la questione decisiva: stabilire quando la percezione dei presupposti della responsabilità superi la soglia del mero timore soggettivo e divenga circostanza giuridicamente rilevante ai fini della reticenza assicurativa.

3. “Percezione” del rischio e presupposti della responsabilità tra dato oggettivo e sfera conoscitiva dell'assicurato

Il punto problematico della decisione si concentra, dunque, sul significato giuridico da attribuire alla «percezione» dei presupposti della responsabilità. La questione non è meramente lessicale³⁰. Essa incide,

³⁰ Sul piano etimologico, «percepire» rinvia al latino *percipere*, composto da *per-* e *capere*, nel senso di «prendere», «cogliere», «apprendere», e designa dunque una forma di apprensione del dato che non presuppone ancora un sapere pienamente formato. «Conoscere», dal latino *cognoscere*, da *cum* e *gnosce*, evoca invece un processo cognitivo più definito e

piuttosto, sulla delimitazione dell'obbligo dichiarativo dell'assicurato e, più in profondità, sul rapporto tra buona fede precontrattuale, alea assicurativa e funzione economica della garanzia retroattiva³¹. Se, infatti, la percezione venisse intesa in termini eccessivamente ampi, ogni evento sfavorevole anteriore alla stipulazione potrebbe essere attratto nell'area della reticenza, con il rischio di trasformare la garanzia *claims made* in una copertura solo apparente. Se, al contrario, essa fosse ricondotta alla sola conoscenza piena della responsabilità o alla ricezione di una richiesta risarcitoria, la clausola perderebbe autonoma rilevanza e si svuoterebbe la ratio dell'art. 1892 c.c., che impone all'assicurato una rappresentazione fedele delle circostanze rilevanti ai fini della valutazione del rischio³².

La nozione di percezione deve essere quindi ricostruita muovendo dalla funzione propria dell'assicurazione. Il contratto assicurativo presuppone che il rischio sia reale, cioè effettivamente inerente alla sfera dell'assicurato, ma ancora incerto nella sua verifica o, quantomeno, nei suoi effetti giuridicamente ed economicamente rilevanti³³. Il collegamento tra rischio e interesse assicurativo assume, pertanto, rilievo decisivo: l'assicurazione non è una scommessa su un evento qualsiasi ma uno strumento di neutralizzazione di un rischio che incide su un interesse dell'assicurato³⁴.

stabilizzato. La distinzione è utile anche sul piano giuridico: la percezione si colloca in una zona intermedia tra il mero timore soggettivo e la conoscenza piena, quale ragionevole apprensione di un fatto esterno, concreto e anomalo, idoneo a rappresentarsi all'assicurato come possibile presupposto di responsabilità.

³¹ J. C. F. MORANDI, *Il principio della buona fede nell'assicurazione e nella riassicurazione*, in *Assicurazioni*, fasc. 6/1987, 1, 403; A. DURANTE, *La buona fede e il contratto di assicurazione*, in *Assicurazioni*, fasc. 3/1979, 1, 222 ss.; A. PIRONTI, *Assicurazione e applicazione della clausola generale di buona fede*, in *Danno e responsabilità*, fasc. 3/2005, 306 ss.

³² F. CESERANI, *Rappresentazione del rischio, asimmetria informativa ed uberrima fides: diritto italiano e diritto inglese a confronto*, in *Dir. econ. ass.*, 2009, 151 ss.

³³ P. CORRIAS, *Gli "interessi" dell'assicurato nel contratto di assicurazione*, in *Jus civile*, fasc. 6/2025, 801 ss.

³⁴ M. MAZZOLA, *L'interesse nel contratto di assicurazione. Teoria e problemi del tipo*, Napoli, 2025, 161 ss.;

Ne discende che la percezione non può essere usata per negare copertura a ogni rischio già astrattamente temuto, poiché l'interesse all'assicurazione nasce proprio dal bisogno di protezione rispetto a un evento sfavorevole possibile³⁵. Al tempo stesso, però, l'assicurazione non può essere piegata a coprire una perdita già sostanzialmente emersa e unilateralmente conosciuta, perché in tal caso non si avrebbe più trasferimento di un rischio, ma traslazione *ex post* di una vicenda già individualizzata.

Occorre, allora, evitare entrambe le letture estreme. La percezione non coincide con il mero fatto storico in sé considerato: non ogni esito sfavorevole, non ogni complicità, non ogni evento dannoso verificatosi prima della stipulazione è automaticamente sintomo di una responsabilità professionale già percepibile. Una simile interpretazione trasformerebbe il dato oggettivo in causa quasi automatica di inoperatività della garanzia, finendo per comprimere in modo eccessivo la funzione assicurativa proprio in quei settori, come quello sanitario, nei quali il rischio di eventi avversi costituisce una componente fisiologica dell'attività professionale³⁶. Al tempo stesso, la percezione non può essere ridotta a un qualsiasi stato d'animo dell'assicurato: il timore generico, il dubbio non qualificato, l'ansia professionale o la mera consapevolezza che l'attività svolta sia potenzialmente esposta a contenzioso non possono, da soli, integrare una circostanza rilevante ai sensi dell'art. 1892 c.c.³⁷

³⁵ M. MAZZOLA, ult. op. cit.

³⁶ A.C. NAZZARO, *Il sinistro nell'assicurazione della responsabilità lungolatente*, in *Scienze assicurative. Insurance sciences*, Napoli, 2022, 73 ss.; S. BOSA, *L'assicurazione "claims made" delle strutture sanitarie*, in *Assicurazioni*, fasc. 4/2022, 447 ss.; S. LANDINI, *Responsabilità sanitaria e assicurazione*, in *Giur. it.*, 2/2021, 508 ss.

³⁷ R. DIES, *Gli ultimi interventi della Cassazione in tema di dichiarazioni inesatte o reticenti del contraente quali causa di annullamento del contratto di assicurazione a norma dell'art. 1892 c.c.*, in *Responsabilità civile e previdenza*, fasc. 2/2000, 349 ss.

Una diversa lettura, che identificasse la percezione con la mera consapevolezza dell'ordinaria rischiosità professionale, finirebbe per anticipare l'alea nella fase precontrattuale: ciò che dovrebbe costituire l'oggetto del trasferimento assicurativo verrebbe, in tal modo, trasformato in ragione di esclusione della garanzia, con il rischio di convertire la buona fede in un improprio dovere di previsione del sinistro³⁸.

Per chiarire tale distinzione può essere utile separare il piano del rischio esterno, o oggettivo, da quello del rischio interno, o soggettivo. Il primo designa il fatto verificabile nel mondo fenomenico: nel caso di specie, il decesso del paziente in data anteriore alla stipulazione della polizza. Il secondo indica, invece, il modo in cui quel fatto entra nella sfera conoscitiva dell'assicurato: timore, dubbio, sospetto, consapevolezza, percezione, notizia, conoscenza. La percezione si colloca in questa seconda dimensione ma non può essere trattata come dato meramente psicologico. Essa diviene giuridicamente rilevante soltanto quando costituisca l'interiorizzazione ragionevole di un fatto esterno concreto, specifico e anomalo, idoneo a incidere sull'apprezzamento del rischio da parte dell'assicuratore³⁹.

³⁸ F. RECCHIONI, *Le difformità tra il rischio reale ed il rischio rappresentato nel contratto assicurativo. L'aggravamento del rischio*, cit., 201 ss.

³⁹ La distinzione tra rischio oggettivo e rischio soggettivo deve essere letta in chiave sistematica in collegamento con gli artt. 1892, 1893 e 1895 c.c. L'art. 1892 c.c. non sanziona la mera anteriorità del fatto storico rispetto alla stipulazione della polizza, ma l'inesatta rappresentazione o l'omissione di circostanze causalmente rilevanti per il consenso dell'assicuratore e soggettivamente imputabili all'assicurato a titolo di dolo o colpa grave. L'art. 1893 c.c., disciplinando le dichiarazioni inesatte e le reticenze non connotate da dolo o colpa grave, conferma che il sistema non attribuisce rilievo indiscriminato ad ogni difformità tra rischio reale e rischio rappresentato, ma modula gli effetti della reticenza in ragione dell'elemento soggettivo e della sua incidenza sull'assetto contrattuale. L'art. 1895 c.c., dal canto suo, sancendo la nullità del contratto quando il rischio non sia mai esistito o abbia cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ribadisce che l'esistenza del rischio costituisce presupposto causale dell'operazione assicurativa. Da tale lettura sistematica emerge che, nelle polizze *claims*

Il punto può essere ulteriormente precisato distinguendo tra conoscenza del fatto e qualificazione assicurativa del fatto. L'assicurato può certamente essere a conoscenza di un evento pregresso, senza per ciò solo percepirne la rilevanza ai fini della responsabilità professionale. La conoscenza del fatto storico non coincide necessariamente con la percezione dei presupposti della responsabilità. Ciò che rileva non è la mera rappresentazione dell'accadimento, bensì la sua idoneità, secondo un giudizio di ragionevole esigibilità, a presentarsi all'assicurato come fatto potenzialmente generatore di una pretesa risarcitoria⁴⁰. In altri termini, il

made, la mera anteriorità del fatto generatore non equivale necessariamente né a reticenza rilevante né a cessazione del rischio, poiché possono ancora permanere margini di incertezza relativi all'emersione della pretesa, all'accertamento della responsabilità, all'imputabilità causale e alla concreta esposizione patrimoniale dell'assicurato. Il fatto pregresso assume rilievo ostativo solo quando, per le sue caratteristiche concrete e per la sua ragionevole percepibilità da parte dell'assicurato, sia idoneo ad alterare la rappresentazione del rischio assunto dall'assicuratore, trasformando il rischio ancora assicurabile in rischio già individualizzato. La «percezione», pertanto, non opera come categoria autosufficiente di esclusione della garanzia, ma deve essere ricondotta alla disciplina codicistica delle dichiarazioni precontrattuali inesatte o reticenti, nella quale rilevano congiuntamente la significatività oggettiva della circostanza, la sua incidenza sul consenso dell'assicuratore e il grado di rimproverabilità della condotta dell'assicurato.

⁴⁰ Il criterio della ragionevole esigibilità non è enunciato espressamente dall'art. 1892 c.c., ma può essere ricavato attraverso una lettura sistematica della disciplina codicistica. Nella fase precontrattuale, il riferimento generale è l'art. 1337 c.c., che impone alle parti di comportarsi secondo buona fede nello svolgimento delle trattative e nella formazione del contratto; nel contratto di assicurazione, tale regola trova specifica concretizzazione negli artt. 1892 e 1893 c.c., i quali disciplinano le conseguenze delle dichiarazioni inesatte e delle reticenze dell'assicurato in ragione della rilevanza della circostanza taciuta e dell'elemento soggettivo che connota la condotta. Da tale coordinamento emerge che l'art. 1892 c.c. non impone all'assicurando un dovere illimitato di previsione del sinistro, ma esige la comunicazione delle circostanze che, secondo uno sforzo informativo ragionevolmente pretendibile, siano conoscibili e causalmente rilevanti per il consenso dell'assicuratore. Il richiamo agli artt. 1175, 1176 e 1375 c.c. conserva rilievo sistematico, non per sovrapporre la fase precontrattuale all'esecuzione del rapporto, ma per confermare che la condotta dovuta va misurata secondo correttezza, buona fede e diligenza concretamente esigibile in relazione alla natura del rapporto. La «percezione», pertanto, rileva solo quando il fatto pregresso fosse concretamente apprezzabile

dato storico deve subire una qualificazione ulteriore: deve cessare di essere un evento avverso genericamente collocato nella storia professionale dell'assicurato e assumere il significato di indice concreto di possibili responsabilità.

Secondo questa interpretazione, può essere richiamata anche la figura del rischio putativo⁴¹, inteso come rischio che l'assicurato si rappresenta soggettivamente pur in assenza di una responsabilità già accertata o di una richiesta risarcitoria formalizzata. Il rischio putativo consente di precisare ulteriormente il rapporto tra dato oggettivo e sfera conoscitiva dell'assicurato: esso, infatti, non coincide ancora con la percezione rilevante ai sensi dell'art. 1892 c.c. ove resti confinato nell'area della mera apprensione individuale o del generico timore professionale. In tal caso, esso appartiene ancora all'alea fisiologica del contratto di assicurazione e non può fondare, da solo, l'inoperatività della garanzia.

Diversamente, quando la rappresentazione soggettiva dell'assicurato trovi riscontro in circostanze oggettive, concrete e anomale, tali da rendere ragionevolmente esigibile la comunicazione all'assicuratore, il rischio putativo assume consistenza giuridica e si converte in percezione qualificata⁴². La sua rilevanza non dipende dalla successiva conferma giudiziale della responsabilità, poiché una simile impostazione

dall'assicurato come indice qualificato di responsabilità, non quando esso fosse soltanto astrattamente suscettibile, *ex post*, di evolvere in pretesa risarcitoria.

⁴¹ S. VERNIZZI, *Il rischio putativo*, Milano, 2008; M. MAZZOLA, *L'interesse nel contratto di assicurazione. Teoria e problemi del tipo*, Napoli, 2025, 37 ss.

⁴² Ne consegue che, quando la clausola contrattuale attribuisce rilievo alla «percezione» dei presupposti della responsabilità, tale nozione non può essere isolata dalla struttura dell'art. 1892 c.c. La percezione rileva non come mero stato psicologico dell'assicurato, ma solo ove abbia ad oggetto circostanze causalmente incidenti sul consenso dell'assicuratore e la relativa omissione sia soggettivamente rimproverabile secondo il paradigma del dolo o della colpa grave. Essa deve, dunque, essere intesa come percezione qualificata: ragionevole interiorizzazione di un fatto oggettivo, concreto e anomalo, idoneo a incidere sulla valutazione del rischio assicurativo.

confonderebbe il giudizio *ex ante* sull'obbligo dichiarativo con l'accertamento *ex post* dell'illecito professionale. Ciò che rileva è, piuttosto, la ragionevole idoneità del fatto, valutata al momento della stipulazione, a incidere sulla rappresentazione del rischio assicurativo. In questo senso, la percezione qualificata può essere intesa come rischio putativo oggettivo: non semplice timore dell'assicurato ma rappresentazione soggettiva sorretta da dati esterni capaci di trasformare il rischio da mera eventualità professionale a rischio già individualizzato.

La formula può essere ulteriormente affinata. La percezione rilevante *ex art. 1892 c.c.* è una soggettivizzazione giuridicamente significativa di un rischio oggettivamente qualificato: non basta che il fatto sia accaduto, occorre che esso presenti caratteristiche tali da rendere ragionevolmente esigibile, secondo la qualità professionale dell'assicurato e le circostanze del caso concreto, la rappresentazione della sua possibile incidenza sulla responsabilità. Allo stesso modo, non basta che l'assicurato nutra un generico timore: quel timore deve essere ancorato a dati esterni, verificabili e anomali, tali da far emergere una relazione significativa tra il fatto pregresso e la possibile responsabilità professionale.

Il riferimento alla ragionevole esigibilità dello sforzo informativo consente di evitare che l'obbligo dichiarativo dell'assicurato venga misurato secondo un parametro astratto o retrospettivamente onnisciente. La buona fede, anche nella fase precontrattuale assicurativa, non impone un risultato conoscitivo illimitato, ma delimita l'area di ciò che può essere concretamente preteso dal contraente secondo le circostanze del caso. In questo modo, può richiamarsi, solo in termini analogici e non di identità disciplinare, il criterio dello sforzo diligentemente esigibile elaborato in altri settori del diritto delle obbligazioni: come non ogni aggravio o difficoltà rende inesigibile la prestazione, così non ogni possibilità astratta

di danno rende esigibile la dichiarazione. Ciò che rileva, ai fini dell'art. 1892 c.c., è piuttosto la conoscibilità ragionevole di circostanze concrete, anomale e incidenti sul rischio, tali da rendere rimproverabile l'omessa comunicazione all'assicuratore⁴³.

La percezione, dunque, non è né pura oggettività del fatto né pura soggettività dello stato mentale, bensì il punto di intersezione tra un accadimento esterno qualificato e la sua ragionevole appropriazione conoscitiva da parte dell'assicurato⁴⁴.

Essa, inoltre, non opera come categoria autosufficiente, ma deve essere ricondotta alla fattispecie normativa dell'art. 1892 c.c. Essa rileva solo ove abbia ad oggetto circostanze causalmente decisive per la formazione del consenso dell'assicuratore e la relativa omissione sia imputabile all'assicurato a titolo di dolo o colpa grave. La soglia della percezione non è dunque una soglia meramente psicologica, ma una soglia normativa: essa seleziona soltanto quei fatti che, per la loro concretezza e incidenza sul rischio, avrebbero potuto orientare diversamente la decisione dell'assicuratore di contrarre o di determinare il premio.

Questa impostazione consente di graduare i livelli di emersione del rischio. La richiesta risarcitoria rappresenta lo stadio massimo di esteriorizzazione della pretesa, perché il rischio si manifesta ormai nella forma della domanda del terzo. La conoscenza presuppone un sapere più formato, derivante, ad esempio, da contestazioni, accertamenti, comunicazioni formali, avvisi ricevuti o elementi tecnici già disponibili. La notizia implica un'informazione proveniente dall'esterno, anche non ancora consolidata

⁴³ V. AMENDOLAGINE, *L'adempimento del contratto di assicurazione nel rispetto degli obblighi di buona fede*, in *Archivio giuridico della circolazione e dei sinistri stradali*, fasc. 3/2006, 282 ss.

⁴⁴ A. MONTI, *Buona fede e assicurazione*, Milano, 2002, *passim*; A. PIRONTI, *Assicurazione e applicazione della clausola generale di buona fede*, in *Danno e responsabilità*, fasc. 3/2005, 306 ss.; A. DURANTE, *La buona fede e il contratto di assicurazione*, in *Assicurazioni*, fasc. 3/1979, 1, 222 ss.

in un accertamento definitivo. La percezione, invece, opera in una zona anticipata: non richiede la certezza della responsabilità, ma neppure può essere ridotta alla mera possibilità astratta che un'attività professionale generi contenzioso. Essa individua il momento in cui il fatto, pur non ancora esteriorizzato in una pretesa risarcitoria, assume per l'assicurato un significato concreto rispetto alla possibile emersione di una responsabilità. In questa ottica, la percezione svolge una funzione selettiva. Essa non serve ad anticipare indefinitamente il momento della reticenza, ma a distinguere il rischio ancora assicurabile dal rischio già appropriato conoscitivamente dall'assicurato. Il rischio assicurabile resta tale quando l'evento pregresso, pur noto, non presenti elementi concreti che ne rivelino la possibile attitudine a generare responsabilità⁴⁵.

Il discrimine non è dato dalla mera anteriorità del fatto, ma dalla sua qualificazione: la garanzia retroattiva consente il trasferimento di un rischio relativo a vicende pregresse ancora incerte, non la traslazione di un danno già sostanzialmente maturato nella sfera conoscitiva dell'assicurato. Diversamente, quando il fatto sia accompagnato da indici di anomalia, gravità, riferibilità alla condotta professionale o prevedibile attivazione di pretese risarcitorie, esso non è più soltanto un evento appartenente alla fisiologica incertezza dell'attività assicurata, ma diviene un rischio individualizzato, che l'assicuratore ha interesse a conoscere per valutare se assumere la garanzia, a quali condizioni e per quale premio.

Applicata al caso concreto, tale griglia interpretativa consente di evitare automatismi. Il decesso del paziente pochi giorni prima della stipulazione

⁴⁵ M. MAGALDI, *Clausole limitative del rischio nei contratti di assicurazione*, in *Il Foro napoletano*, fasc. 1/2025, 21 ss.; D. BONACCORSI DI PATTI, *Il rischio nell'assicurazione della responsabilità civile: considerazioni sparse sull'interpretazione dell'art. 1917 c.c. nella giurisprudenza di legittimità* in *Assicurazioni*, fasc. 3/2024, 639 ss.; L. VELLISCIG, S. NITTI, *Contratto di assicurazione e gestione del rischio di dichiarazioni inesatte o reticenti in prospettiva comparata* in *Diritto del mercato assicurativo e finanziario*, fasc. 2/2022, 307 ss.

della polizza è certamente un fatto oggettivo grave, anomalo e temporalmente prossimo alla conclusione del contratto, tale da giustificare la verifica richiesta dalla Cassazione. Tuttavia, il giudice del rinvio non dovrebbe limitarsi ad affermare che, poiché il paziente era deceduto prima della stipula, il sanitario dovesse necessariamente percepire i presupposti della propria responsabilità. Dovrà, invece, accertare se quel decesso presentasse, nella concreta prospettiva del professionista, elementi idonei a far ragionevolmente emergere una possibile *malpractice*. l'anomalia dell'andamento clinico, la consapevolezza di una criticità intraoperatoria, eventuali contestazioni interne, l'apertura di accertamenti, la disponibilità di elementi tecnici immediatamente percepibili, ovvero una deviazione significativa dal decorso normalmente atteso.

La distinzione decisiva è, dunque, quella tra evento sfavorevole e rischio individualizzato⁴⁶. Il primo può ancora appartenere all'alea assicurativa, poiché esprime la normale esposizione dell'attività professionale alla possibilità di un esito dannoso o di una futura contestazione. Il secondo, invece, può integrare una circostanza rilevante ai sensi dell'art. 1892 c.c., perché rivela che il fatto pregresso ha già superato la soglia della mera eventualità ed è entrato nella sfera conoscitiva dell'assicurato come possibile presupposto di responsabilità. Solo in questa seconda ipotesi la mancata dichiarazione può assumere rilievo quale reticenza giuridicamente significativa, senza che ciò comporti una indebita erosione dell'alea propria del contratto di assicurazione⁴⁷.

Così ricostruita, la percezione qualificata consente anche di preservare la coerenza economica dell'operazione assicurativa. Da un lato, impedisce

⁴⁶ A. LA TORRE, *Il rischio tra garanzia e assicurazione*, in *Assicurazioni*, fasc. 4/2020, 1, 541 ss.

⁴⁷ G.P. VIANELLO, *Il ruolo della buona fede nell'interpretazione dell'art. 1892 cod. civ. (dichiarazioni inesatte e reticenza con dolo o colpa grave del contraente assicurando)*, in *Diritto e pratica nell'assicurazione*, fasc. 2/1991, 2, 283 ss.

che la garanzia retroattiva venga utilizzata per trasferire all'assicuratore una perdita già sostanzialmente maturata; dall'altro, evita che la clausola sui fatti pregressi divenga uno strumento di esclusione generalizzata della copertura. In questo equilibrio si colloca il nucleo della questione: la buona fede non impone all'assicurato di dichiarare ogni rischio temuto, ma soltanto quei fatti che, per la loro concretezza e anomalia, abbiano già cessato di appartenere alla pura incertezza assicurativa e siano divenuti, nella sua sfera conoscitiva, indici ragionevoli di responsabilità⁴⁸.

4. L'ambiguità del fatto noto tra reticenza dell'assicurato e delimitazione della garanzia

La ricostruzione della percezione in termini qualificati non esaurisce la propria utilità sul piano dogmatico, incidendo direttamente sul funzionamento pratico delle polizze *claims made*, soprattutto nelle ipotesi di successione di coperture e di garanzie retroattive⁴⁹. In tali contesti, infatti, la questione dei «fatti noti» rappresenta uno dei punti più delicati dell'operazione assicurativa: da un lato, l'assicuratore ha interesse a non assumere inconsapevolmente rischi già concretamente emersi; dall'altro, l'assicurato ha interesse a che la retroattività promessa dalla polizza non sia svuotata mediante una lettura eccessivamente ampia delle circostanze ostative alla garanzia.

⁴⁸ A. DURANTE, *La buona fede e il contratto di assicurazione*, in *Assicurazioni*, fasc. 3/1979, 1, 222 ss.

⁴⁹ Sul punto, sia contento un rinvio a D. IANNI, *Polizza assicurativa «excess insurance» e clausola «claims made»: riflessioni sul rischio garantito nella responsabilità medica*, in *Diritto del mercato assicurativo e finanziario*, fasc. 2/2024, 486 ss.

La buona fede assicurativa, secondo la visione qui sostenuta, non può essere intesa come clausola etica generica, né come dovere illimitato di trasparenza. Essa svolge una funzione economica precisa: ridurre l'asimmetria informativa che caratterizza la fase preassuntiva e consentire all'assicuratore di valutare correttamente il rischio, di selezionarlo e di commisurare il premio all'intensità dell'esposizione assunta. Tuttavia, nel mercato contemporaneo delle coperture *claims made*, l'asimmetria informativa non è unidirezionale. L'assicurato dispone, di regola, di una conoscenza privilegiata dei fatti della propria attività professionale; l'assicuratore, però, governa la tecnica contrattuale, predispone moduli e questionari, definisce le condizioni di operatività della garanzia, delimita temporalmente la copertura, individua le esclusioni e struttura le clausole relative ai fatti pregressi.

Ne deriva che la buona fede deve operare in senso bilaterale⁵⁰. Sul versante dell'assicurato, essa impone di non tacere circostanze concrete che rendano il rischio già individualizzato e ragionevolmente percepibile come possibile fonte di responsabilità. Sul versante dell'assicuratore, impedisce invece di utilizzare formule generiche o eccessivamente elastiche – quali «fatti noti», «circostanze conosciute» o «percezione dei presupposti della responsabilità» – per trasferire *ex post* sull'assicurato l'intero peso dell'ambiguità interpretativa. Se l'impresa intende attribuire rilevanza a determinate circostanze anteriori alla stipulazione, essa deve contribuire a renderle riconoscibili mediante clausole chiare e questionari specifici, idonei a orientare l'assicurando nella rappresentazione del rischio.

⁵⁰ A. DE CUPIS, *Precisazioni sulla buona fede nell'assicurazione*, in *Diritto e giurisprudenza*, fasc. 5/1971, 625 ss.; A. MONTI, *Buona fede e assicurazione*, Milano, 2002; P. CORRIAS, *Alea e corresponsabilità nel contratto di assicurazione (indivisibilità del premio e sopravvenienza)*, in *Banca borsa e titoli di credito*, fasc. 3/2015, 301 ss.; S. LANDINI, *Il contratto di assicurazione contro la responsabilità nella sistematica del codice civile e della normativa di settore*, reperibile al sito della Scuola Superiore della Magistratura: scuolamagistratura.it.

Ne consegue che il questionario assicurativo assume una funzione decisiva di allocazione dell'onere informativo. Esso non serve soltanto a raccogliere dichiarazioni dell'assicurando ma a delimitare l'area delle circostanze che l'impresa reputa rilevanti ai fini dell'assunzione del rischio. Da ciò discende che, quanto più la domanda sia generica o indeterminata, tanto meno potrà pretendersi che l'assicurato vi ricomprenda ogni fatto astrattamente suscettibile di futura rilevanza. La buona fede, infatti, non consente di convertire l'incertezza redazionale predisposta dall'assicuratore in una reticenza imputabile all'assicurato⁵¹.

Questo profilo assume particolare importanza nelle polizze di responsabilità professionale, nelle quali l'assicurato può trovarsi di fronte a eventi ambigui, non immediatamente qualificabili come fonte di responsabilità: un esito clinico sfavorevole, una lamentela informale, una complicità, un'anomalia documentale, una segnalazione interna, un accertamento ancora embrionale. In assenza di domande precise, non è sempre ragionevole pretendere che l'assicurato comprenda autonomamente quali fatti debbano essere comunicati e quali, invece, appartengano ancora alla fisiologica alea dell'attività professionale. Il problema non riguarda soltanto la correttezza soggettiva del contraente, ma la stessa qualità informativa del procedimento assuntivo predisposto dall'impresa.

In questo senso, la buona fede opera anche come criterio di governo del contratto. Essa non si limita a sanzionare il comportamento sleale di una parte, ma conferma l'esercizio dei poteri contrattuali e impedisce che la

⁵¹ A. PINO, *Il contratto di assicurazione e il contratto a prestazioni corrispettive*, in *Atti del primo congresso internazionale di diritto delle assicurazioni*, I, Milano, 1963, 497 ss.; P. CORRIAS, *Autoresponsabilità e contratto di assicurazione*, in *Assicurazioni*, 2023, 13 ss.; F. RECCHIONI, *Le difformità tra il rischio reale ed il rischio rappresentato nel contratto assicurativo. L'aggravamento del rischio*, cit., 205 ss.

clausola sui fatti noti sia utilizzata in modo incompatibile con la funzione della copertura. L'assicurato altera la funzione assicurativa se tenta di trasferire all'assicuratore una perdita già sostanzialmente maturata, tacendo circostanze concrete e anomale che avrebbero inciso sulla valutazione del rischio. Ma anche l'assicuratore può alterare l'equilibrio del rapporto se, dopo avere offerto una garanzia retroattiva, interpreta il fatto noto o la percezione in termini così ampi da rendere la retroattività meramente nominale.

La ricaduta pratica è evidente. Una nozione eccessivamente dilatata di percezione può produrre vuoti di copertura proprio nel settore in cui la *claims made* dovrebbe assicurare maggiore razionalità nella gestione dei rischi a emersione differita. Il professionista che passi da una polizza a un'altra, pur avendo mantenuto continuità assicurativa e corrisposto regolarmente i premi, potrebbe trovarsi privo di garanzia: il precedente assicuratore potrebbe negare la copertura perché la richiesta risarcitoria è pervenuta dopo la scadenza della polizza; il nuovo assicuratore potrebbe opporre che il fatto era già noto, conoscibile o percepibile prima della stipulazione. Il risultato sarebbe un corto circuito del modello *claims made*: il rischio, assicurato in astratto, resterebbe scoperto in concreto.

Il problema, dunque, non è soltanto teorico. Se la percezione viene dilatata sino a ricomprendere ogni fatto astrattamente suscettibile di evolvere in contenzioso, la clausola *claims made* rischia di produrre una protezione intermittente: il rischio è assicurato in astratto, ma può rimanere scoperto in concreto proprio per effetto della sovrapposizione tra delimitazione temporale della garanzia e clausole sui fatti noti.

La questione dei fatti noti non è dunque un problema marginale di tecnica redazionale, ma incide sulla stessa effettività della funzione assicurativa. Se la garanzia retroattiva è ammessa e remunerata attraverso il premio, essa

deve conservare un contenuto economicamente apprezzabile. Non può essere neutralizzata attraverso clausole che, pur formalmente dirette a prevenire condotte reticenti, finiscano per trasformare ogni fatto sfavorevole pregresso in una causa potenziale di esclusione della copertura. Una simile impostazione produrrebbe un effetto di selezione eccessiva del rischio, rendendo la copertura più onerosa, più incerta e, nei casi estremi, scarsamente utile per il professionista. Altrimenti, la delimitazione della garanzia cesserebbe di essere espressione dell'autonomia contrattuale e diverrebbe uno strumento di sostanziale svuotamento dell'alea assicurata⁵².

La teoria della percezione qualificata consente di evitare tale esito, perché opera come criterio selettivo tra due opposte derive. La prima è la deriva opportunistica dell'assicurato, che utilizzi la retroattività per trasferire all'assicuratore un danno già conosciuto o ragionevolmente percepibile come tale. La seconda è la deriva espulsiva dell'assicuratore, che utilizzi la nozione di fatto noto per sottrarre alla garanzia ogni evento pregresso anche solo astrattamente suscettibile di evolvere in contenzioso. La soluzione più coerente con la funzione del contratto di assicurazione è intermedia: assumono rilievo soltanto le circostanze che, per concretezza, anomalia, specificità e riferibilità alla condotta dell'assicurato, rendano il rischio già individualizzato e ragionevolmente percepibile come possibile fonte di responsabilità.

Questa impostazione produce conseguenze operative precise. In primo luogo, impone al giudice di verificare non soltanto se il fatto fosse anteriore alla polizza, ma se, al momento della stipulazione, presentasse

⁵² A. MONTI, *Buona fede e assicurazione*, Milano, 2002; M. GAGLIARDI, *Rischio, sinistro e danno nei contratti di assicurazione della responsabilità civile con clausola claims made*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, fasc. 4/2019, 1439 ss.; G. FACCI, *Le claims made, le deeming clause ed i fatti noti claims made, deeming clause and events*, *ivi*, 1455 ss.

indici concreti di possibile responsabilità percepibili dall'assicurato secondo un criterio di ragionevole diligenza. In secondo luogo, esige di valutare la qualità delle domande rivolte dall'assicuratore in sede precontrattuale: quanto più la clausola o il questionario siano generici, tanto meno può pretendersi dall'assicurato una disclosure capace di abbracciare ogni evenienza astrattamente rilevante. In terzo luogo, richiede di distinguere tra eventi sfavorevoli ordinari, ancora interni all'alea professionale, e fatti qualificati, già idonei a incidere sull'apprezzamento del rischio⁵³.

In definitiva, la percezione qualificata consente di preservare la duplice funzione del sistema. Essa tutela l'assicuratore contro la reticenza su rischi già concretamente emersi, ma tutela anche l'assicurato contro l'uso espansivo delle clausole sui fatti noti. In questo equilibrio si coglie il rilievo pratico della costruzione dogmatica: delimitare la percezione significa delimitare, al tempo stesso, il confine tra obbligo dichiarativo e operatività della garanzia, tra rischio ancora assicurabile e perdita già sostanzialmente trasferita, tra legittima selezione del rischio e indebita produzione di scoperture⁵⁴.

5. Considerazioni conclusive: la percezione qualificata come punto di equilibrio tra alea e buona fede

⁵³ G. MARESCA, *Alea contrattuale e contratto di assicurazione*, Napoli, 1979, 21 ss.; G. BELLÌ, *L'alea contrattuale: tra autonomia privata e speculazione economica*, in *Quaderni della Rassegna di diritto civile* diretta da P. Perlingieri, Napoli, 2016, 18 ss.

⁵⁴ P. PERLINGIERI, *Il diritto delle assicurazioni nel sistema ordinamentale*, in *Dir. mer. ass. fin.*, fasc. 1/2017, 55 ss.

Volendo trarre qualche breve conclusione, la pronuncia della Cassazione merita adesione nella parte in cui riconosce autonoma rilevanza alla percezione dei presupposti della responsabilità e censura la lettura della Corte d'appello, arrestatasi alla sola assenza di una richiesta risarcitoria e alla mancata conoscenza degli accertamenti medico-legali. Sotto questo profilo, la decisione appare certamente condivisibile ed apprezzabile. Se la clausola distingue tra richiesta risarcitoria, notizia, conoscenza e percezione, il giudice non può assorbire la seconda serie di elementi nella prima, né ridurre l'operatività dell'art. 1892 c.c. al solo momento della formale esteriorizzazione della pretesa del terzo. Tanto più nelle polizze *claims made*, intrinsecamente aventi efficacia retroattiva, l'obbligo di corretta rappresentazione del rischio assume un'intensità peculiare, poiché l'assicuratore accetta di coprire vicende già verificatesi sul piano storico, ma non ancora emerse nella forma della domanda risarcitoria⁵⁵.

La condivisione dell'impianto decisorio non implica, tuttavia, adesione a una lettura estensiva della «percezione». È proprio su tale nozione che si colloca il punto più delicato della pronuncia. La buona fede assicurativa non può essere trasformata in un dovere di divinazione del sinistro, né in un obbligo di autodiagnosi retrospettiva della propria responsabilità. L'assicurato non è tenuto a dichiarare tutto ciò che astrattamente teme, né ogni fatto che, alla luce di una valutazione *ex post*, avrebbe potuto

⁵⁵ Sulla struttura della clausola *claims made* e sulla distinzione tra fatto generatore, richiesta risarcitoria e delimitazione temporale della garanzia, Cass. civ., sez. un., 6 maggio 2016, n. 9140; Cass. civ., sez. un., 24 settembre 2018, n. 22437, tutte in *www.dejure.it*; P. CORRIAS, *La clausola claims made al vaglio delle Sezioni Unite: un'analisi a tutto campo*, in *Banca borsa tit. cred.*, 2016, 661 ss.; ID., "Claims made", *rischio e sinistro nell'assicurazione della responsabilità civile: prime riflessioni alla luce dell'ordinanza di rimessione n. 1465/2018*, in *Rivista di diritto bancario*, 2018, 7 ss.; S. LANDINI, *L'adeguatezza delle "claims made"*, in *Giur. comm.*, 2020, 130 ss. Inoltre, sia consentito un richiamo a D. IANNI, *La nozione di «sinistro» nelle polizze assicurative con clausola claims made*, in *Resp. civ. prev.*, fasc. 2/2026, in corso di pubblicazione.

evolvere in contenzioso. Deve, invece, comunicare le circostanze che, al momento della stipulazione, secondo uno sforzo informativo diligentemente esigibile, siano già idonee a rendere ragionevolmente percepibile l'esistenza di un rischio concretamente qualificato e incidente sul consenso dell'assicuratore.

Il punto di equilibrio va individuato nel rapporto tra alea e buona fede. Tali categorie non sono antagoniste, né crescono in modo inversamente proporzionale. L'alea costituisce un elemento strutturale dell'operazione assicurativa e concorre a conformare il sinallagma tra premio e assunzione professionale del rischio⁵⁶. Il premio, in tal modo, non rappresenta il mero prezzo dell'eventuale indennizzo, bensì la traduzione economica del rischio assunto dall'impresa assicurativa, secondo una logica tecnico-attuariale. La buona fede, invece, opera sul piano della corretta rappresentazione precontrattuale di quel rischio: non serve a eliminare l'incertezza, ma a impedire che essa venga unilateralmente alterata. In altri termini, la buona fede non riduce l'alea, ma ne presidia la genuinità; non espelle il rischio dal contratto, ma impedisce che venga trasferito all'assicuratore un rischio già sostanzialmente emerso e unilateralmente percepibile come fonte di responsabilità.

Questa precisazione è decisiva per evitare un esito distorsivo. Se l'obbligo informativo ex art. 1892 c.c. venisse interpretato sino a ricomprendere qualsiasi percezione del rischio professionale, si produrrebbe una indebita anticipazione dell'alea nella fase precontrattuale. Il medico, l'avvocato o il commercialista dovrebbero dichiarare ogni possibile futura contestazione

⁵⁶ Sul rapporto tra alea, corrispettività e sinallagma assicurativo, P. CORRIAS, *Alea e corrispettività nel contratto di assicurazione (indivisibilità del premio e sopravvenienza)*, in *Banca borsa tit. cred.*, 2015, 301 ss.; ID., *I contratti aleatori: rivisitazione di una categoria*, in *Banca borsa tit. cred.*, 2022, 666 ss.; ID., *I contratti di assicurazione. Profili strutturali e funzionali*, Napoli, 2016, 15 ss.; A. GAMBINO, *L'assicurazione nella teoria dei contratti aleatori*, Milano, 1964, *passim*; S. LANDINI, *Art. 1882*, in *Dei singoli contratti*, a cura di D. Valentino, Torino, 2011, 39 ss.

per il solo fatto che l'attività esercitata è intrinsecamente esposta a rischio. Ma una simile impostazione finirebbe per frustrare la funzione economico-sociale dell'assicurazione della responsabilità civile: il rischio, anziché costituire l'oggetto del trasferimento assicurativo, diverrebbe la ragione stessa dell'esclusione della copertura. L'assicurazione opererebbe, paradossalmente, solo per rischi del tutto ignoti anche in astratto, con evidente compromissione della sua utilità pratica⁵⁷.

La *ratio* dell'art. 1892 c.c. non è questa⁵⁸. La norma non protegge l'assicuratore da ogni esposizione, poiché l'esposizione al rischio costituisce il nucleo dell'attività assicurativa. Essa impedisce, piuttosto, che l'assicuratore assuma inconsapevolmente un rischio diverso da quello rappresentato, o già alterato nella sua consistenza economico-giuridica. L'obbligo dichiarativo dell'assicurato non riguarda, dunque, la mera possibilità astratta di un evento dannoso, ma le circostanze che rendano il rischio significativamente diverso da quello normalmente assunto dall'impresa. È qui che si misura la reticenza rilevante: non nel timore

⁵⁷ In tal senso, la dilatazione dell'obbligo dichiarativo sino a ricomprendere ogni mera possibilità astratta di evento dannoso finirebbe per alterare la funzione economica dell'assicurazione, poiché trasformerebbe il rischio, che costituisce l'oggetto dell'operazione assicurativa, in ragione di esclusione della garanzia. Sul rapporto tra rischio reale, rischio rappresentato e base tecnico-economica dell'operazione, F. RECCHIONI, *Le difformità tra il rischio reale ed il rischio rappresentato nel contratto assicurativo. L'aggravamento del rischio*, in *Arch. giur. circ. sin.*, 2000, 201 ss.; C. RUSSO, *Trasparenza ed informazione dei contratti dell'impresa di assicurazione. La prospettiva dell'analisi economica del diritto*, in *Assicurazioni*, 2023, 699 ss.

⁵⁸ Per una ricostruzione dell'art. 1892 c.c. quale regola speciale di corretta rappresentazione precontrattuale del rischio, G.P. VIANELLO, *Il ruolo della buona fede nell'interpretazione dell'art. 1892 cod. civ.*, in *Diritto e pratica nell'assicurazione*, 1991, 283 ss.; R. DIES, *Le dichiarazioni inesatte o reticenze del contraente in sede di conclusione del contratto di assicurazione (art. 1892 e 1893 c.c.): una disciplina obsoleta*, in *Resp. civ. prev.*, 1997, 538 ss.; F. CESERANI, *Rappresentazione del rischio, asimmetria informativa ed uberrima fides: diritto italiano e diritto inglese a confronto*, in *Dir. econ. ass.*, 2009, 151 ss.; A. DURANTE, *La buona fede e il contratto di assicurazione*, in *Assicurazioni*, 1979, 222 ss.; A. DE CUPIS, *Precisazioni sulla buona fede nell'assicurazione*, in *Diritto e giurisprudenza*, 1971, 625 ss.

generico, ma nella mancata comunicazione di fatti concreti, specifici e anomali, idonei a trasformare il rischio assicurabile in rischio già individualizzato.

Tale conclusione si raccorda anche con il requisito dell'interesse assicurativo⁵⁹. L'assicurazione non è una scommessa su un evento incerto, né una pura speculazione sull'altrui danno, ma uno strumento di neutralizzazione di un rischio reale, incidente sulla sfera giuridico-patrimoniale dell'assicurato. Proprio per questo, l'interesse alla copertura presuppone che il rischio sia effettivo, ma non già sostanzialmente consumato. Nel momento in cui il fatto pregresso sia già individualizzato nella sfera conoscitiva dell'assicurato come possibile fonte di responsabilità, l'operazione assicurativa rischia di mutare funzione: non più trasferimento di un rischio, ma traslazione di una perdita già in nuce. Al contrario, quando il fatto sia solo genericamente temuto o astrattamente suscettibile di generare conseguenze sfavorevoli, esso resta interno all'alea fisiologica del contratto.

La percezione rilevante deve pertanto essere qualificata, oggettivata e ragionevolmente esigibile. È qualificata perché non concerne ogni apprensione soggettiva, ma soltanto circostanze dotate di specifica incidenza sulla possibile responsabilità professionale. È oggettivata perché deve trovare riscontro in dati esterni, verificabili e non meramente interiori. È ragionevolmente esigibile perché va commisurata alla posizione concreta dell'assicurato, alla natura dell'attività svolta, alla prossimità temporale del fatto rispetto alla stipulazione, all'anomalia

⁵⁹ Sul requisito dell'interesse assicurativo e sulla sua funzione di distinzione tra assicurazione, scommessa e operazioni meramente speculative, M. MAZZOLA, *L'interesse nel contratto di assicurazione. Teoria e problemi del tipo*, Napoli, 2025, spec. 31 ss. e 161 ss.; P. CORRIAS, *Gli "interessi" dell'assicurato nel contratto di assicurazione*, in *Jus civile*, 2025, 801 ss.; ID., *Autoresponsabilità e contratto di assicurazione*, in *Assicurazioni*, 2023, 13 ss.

dell'evento, alla sua riferibilità alla condotta professionale e alla sua attitudine a incidere sull'equilibrio tra rischio e premio. In questa prospettiva, la percezione non coincide con la conoscenza piena della responsabilità, ma neppure con la semplice inquietudine soggettiva: essa individua il momento in cui un fatto esterno anomalo viene ragionevolmente interiorizzato dall'assicurato come possibile presupposto di responsabilità.

Così intesa, la categoria della percezione qualificata consente di comporre le due esigenze che attraversano l'intera vicenda. Da un lato, impedisce all'assicurato di servirsi della garanzia retroattiva per trasferire all'assicuratore una perdita già sostanzialmente maturata o un danno già seriamente prefigurabile. Dall'altro, impedisce all'assicuratore di utilizzare l'elasticità delle nozioni di «fatto noto», «percezione» o «presupposti della responsabilità» per sottrarsi a una copertura che, pur retroattiva, resta pur sempre costruita sul trasferimento di un rischio. La buona fede, dunque, opera come criterio di selezione del rischio dovuto, non come clausola generale di esclusione della garanzia.

Sotto questo profilo, la buona fede deve essere intesa come criterio di conformazione del rapporto, non come formula etica indeterminata⁶⁰. Essa non impone soltanto un comportamento leale in senso soggettivo, ma concorre a individuare la disciplina del caso concreto, secondo una valutazione ragionevole degli interessi coinvolti. Nel contratto di assicurazione, tali interessi non si esauriscono nella contrapposizione tra

⁶⁰ Sulla buona fede quale clausola generale di conformazione del rapporto e criterio di concretizzazione della disciplina del caso, P. PERLINGIERI, *Il diritto civile nella legalità costituzionale secondo il sistema italo-comunitario delle fonti*, Napoli, 2006, *passim*; ID., *Manuale di diritto civile*, Napoli, ult. ed., spec. sui principi di correttezza e buona fede; A. PIRONTI, *Assicurazione e applicazione della clausola generale di buona fede*, in *Danno e resp.*, 2005, 306 ss.; J.C.F. MORANDI, *Il principio della buona fede nell'assicurazione e nella riassicurazione*, in *Assicurazioni*, 1987, 403 ss.

assicuratore e assicurato. Accanto all'interesse dell'impresa alla corretta misurazione del rischio, vi è l'interesse dell'assicurato all'effettività della copertura acquistata e, nelle assicurazioni della responsabilità professionale, anche l'interesse del terzo danneggiato alla concreta utilità della garanzia. Ciò impone di evitare sia la reticenza opportunistica dell'assicurato, sia l'uso espansivo delle clausole predisposte dall'assicuratore.

Ne derivano conseguenze applicative precise. Il giudice del rinvio non dovrà limitarsi ad accertare che il fatto fosse anteriore alla stipula, né potrà desumere automaticamente la percezione dalla gravità dell'evento. Dovrà invece verificare se, nelle circostanze concrete, il decesso del paziente presentasse elementi tali da rendere ragionevolmente percepibili per il sanitario i presupposti di una possibile responsabilità professionale. Solo in presenza di tali elementi il fatto pregresso può uscire dall'area dell'alea assicurativa ed entrare in quella della reticenza giuridicamente rilevante.

Questa lettura consente altresì di preservare la funzione pratica delle polizze *claims made*. Una nozione troppo ampia di percezione produrrebbe infatti vuoti di copertura proprio nei settori nei quali l'assicurazione della responsabilità professionale è chiamata a operare con maggiore intensità. Il precedente assicuratore potrebbe negare la garanzia perché la richiesta risarcitoria è sopravvenuta dopo la scadenza della polizza; il nuovo assicuratore potrebbe eccepire che il fatto era già noto o percepibile al momento della stipulazione. Il risultato sarebbe una scopertura nonostante la continuità assicurativa e il pagamento dei premi, con svuotamento dell'affidamento dell'assicurato e indebolimento della funzione di allocazione economica del rischio propria del contratto.

Il tema assume una particolare rilevanza nelle assicurazioni professionali, anche alla luce della progressiva attribuzione al contratto di assicurazione

di funzioni non soltanto individuali, ma socialmente rilevanti⁶¹. La copertura della responsabilità professionale non serve soltanto a proteggere il patrimonio dell'assicurato; essa contribuisce anche a garantire l'effettività del risarcimento e a evitare che attività socialmente utili, ma strutturalmente rischiose, generino danni privi di adeguata risposta patrimoniale. Proprio per questo, l'interpretazione delle clausole *claims made* e dei fatti noti non può essere indifferente alle ricadute sistemiche: se la garanzia retroattiva diviene eccessivamente fragile, non si pregiudica soltanto l'interesse del singolo professionista, ma anche la funzione complessiva del mercato assicurativo nella gestione dei rischi professionali⁶².

La decisione della Cassazione deve quindi essere valorizzata, ma non estremizzata. Essa è condivisibile nella parte in cui rifiuta una concezione meramente formalistica del fatto noto e afferma che la richiesta risarcitoria

⁶¹ Sul rilievo economico-sociale dell'assicurazione della responsabilità professionale, specie sanitaria, e sulla funzione di allocazione dei rischi professionali, G. BERTI DE MARINIS, *L'impresa di assicurazione e la distribuzione assicurativa*, in *Tratt. dir. civ. e comm. Cicu-Messineo*, Milano, 2023, 60; S. LANDINI, *Responsabilità sanitaria e assicurazione*, in *Giur. it.*, 2021, 508 ss.; S. BOSA, *L'assicurazione "claims made" delle strutture sanitarie*, in *Assicurazioni*, 2022, 447 ss.; A.C. NAZZARO, *Il sinistro nell'assicurazione della responsabilità lungolattente*, in *Scienze assicurative. Insurance sciences*, Napoli, 2022, 73 ss.

⁶² Sulla funzione dell'impresa assicurativa quale soggetto professionalmente deputato alla selezione, assunzione e distribuzione dei rischi, G. BERTI DE MARINIS, *L'impresa di assicurazione e la distribuzione dei prodotti assicurativi*, in *Tratt. dir. civ. e comm. Cicu-Messineo*, Milano, 2023, spec. 37 ss. Sul requisito dell'interesse assicurativo e sul collegamento tra rischio, interesse e funzione del tipo assicurativo, M. MAZZOLA, *L'interesse nel contratto di assicurazione. Teoria e problemi del tipo*, Napoli, 2025, spec. 31 ss. e 161 ss. Per una lettura delle clausole *claims made* nella responsabilità sanitaria in termini di equilibrio contrattuale, adeguatezza della garanzia e bilanciamento degli interessi coinvolti, sia consentito rinviare a D. IANNI, *L'equilibrio contrattuale nelle polizze assicurative per la responsabilità medica con clausola claims made*, in *Assicurazioni. Rivista di diritto, economia e finanza delle assicurazioni private*, 4/2024, 888 ss.; ID., *La «solidarietà atipica» nel fenomeno assicurativo r.c. auto e le cause di sospensione della prescrizione per la responsabilità civile*, in *Resp. civ. prev.*, 2/2025, spec. sul rilievo funzionale della garanzia assicurativa rispetto alla tutela del danneggiato.

non esaurisce il perimetro della reticenza assicurativa. Richiede però di essere letta attraverso una nozione selettiva di percezione, capace di evitare che l'art. 1892 c.c. divenga uno strumento di compressione indiscriminata dell'alea. Il rischio di *malpractice* non può essere espunto dalla copertura proprio nei casi in cui l'assicurazione della responsabilità sanitaria è chiamata a operare; può esserne escluso soltanto quando abbia cessato di essere mera eventualità professionale e sia già divenuto, nella sfera conoscitiva dell'assicurato, un rischio concretamente individualizzato⁶³.

In definitiva, la buona fede non elimina l'alea, ma impedisce che l'alea sia falsata. Essa non trasforma l'assicurazione in garanzia di rischi totalmente ignoti, ma neppure consente che la copertura sia negata ogni volta che l'assicurato avrebbe potuto astrattamente temere un contenzioso. Il confine corretto non è tra rischio percepito e rischio non percepito, bensì tra rischio ancora assicurabile e responsabilità già sostanzialmente emersa. La percezione qualificata costituisce il criterio di equilibrio tra questi poli: tutela l'affidamento dell'assicuratore nella corretta rappresentazione del rischio, conserva l'alea come elemento causale e sinallagmatico del contratto, evita vuoti di copertura, preserva l'interesse assicurativo e impedisce che l'obbligo informativo dell'assicurato si trasformi in un improprio dovere di previsione dell'evento dannoso.

⁶³ In materia assicurativo-sanitaria: P. CORRIAS, *I profili di rilievo assicurativo della legge Gelli-Bianco*, in *Riv. dir. priv.*, 1/2019, 113 ss.; AA.VV., *Risarcimento del danno e assicurazione nella nuova disciplina della responsabilità sanitaria (l. 8 marzo 2017, n. 24)*, a cura di M. Faccioli-S. Troiano, Napoli, 2019, 29 ss.