Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

TERZA SEZIONE CIVILE

Oggetto: assicurazione infortuni non mortali - cumulabilità di indennizzo e risarcimento dovuto dal terzo - esclusione - rinuncia dell'assicuratore alla surroga - irrilevanza.

Composta dagli Illustrissimi Signori Magistrati:

dott. Franco De Stefano - Presidente

dott. Marco Rossetti - Consigliere rel. ed est.

dott. Cristiano Valle - Consigliere

dott.ssa Pasqualina Anna Piera Condello - Consigliere

dott. Raffaele Rossi - Consigliere

ha pronunciato la seguente

O R D I N A N Z A

sul ricorso n. 16789/22 proposto da:

-) [redacted] domiciliata *ex lege* all'indirizzo PEC del proprio difensore, difesa dagli avvocati [redacted]

- ricorrente -

contro

-) [redacted] **s.p.a.**, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, domiciliato *ex lege* all'indirizzo PEC del proprio difensore, difeso dall'avvocato [redacted]

- controricorrente -

avverso la sentenza della Corte d'appello di Milano 23 dicembre 2021 n. 3730;

udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del 9 dicembre 2024 dal Consigliere relatore dott. Marco Rossetti.

FATTI DI CAUSA

1. [redacted] stipulò con la società [redacted] s.p.a. una polizza di assicurazione contro gli infortuni.

Il 9.8.2014 subì lesioni personali in conseguenza di un sinistro stradale e chiese al proprio assicuratore contro gli infortuni il pagamento dell'indennizzo contrattualmente previsto.

L'assicuratore lo rifiutò, esigendo dall'assicurata la previa dimostrazione degli importi ricevuti a titolo di risarcimento dall'assicuratore della r.c.a. del

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

responsabile del sinistro (evidentemente sul presupposto che tali importi andassero a diffalco dell'indennizzo).

2. Nel 2017 l'infortunata convenne dinanzi al Tribunale di Sondrio la [redacted] chiedendone la condanna al pagamento dell'indennizzo.
Il Tribunale ordinò all'attrice ex art. 210 c.p.c. il deposito della "*documentazione riguardante la richiesta di risarcimento avanzata dalla signora* [redacted] *in ambito r.c.a. e la conseguente pratica di gestione del sinistro ed in particolare mediante produzione della comunicazione di chiusura della pratica del sinistro con specifica dell'importo liquidato all'attrice*".
L'ordine rimase inevaso.

3. Con sentenza 5.2.2019 n. 60 il Tribunale rigettò la domanda. La sentenza fu impugnata dalla soccombente.
Con sentenza 23.12.2021 n. 3730 la Corte d'appello di Milano rigettò il gravame.
La Corte d'appello ritenne che:

-) l'indennizzo dovuto dall'assicuratore contro gli infortuni non mortali e il risarcimento del danno alla persona assolvono un'identica funzione risarcitoria e non possono cumularsi;

-) la censura con cui la [redacted] aveva denunciato l'inversione dell'onere della prova era irrilevante; infatti, se è vero che è onere del debitore provare il fatto modificativo della pretesa attorea, nel caso di specie l'attrice non aveva provato l'esistenza e l'entità del danno alla salute da essa subìto;

-) non era possibile disporre una consulenza tecnica d'ufficio per accertare i postumi patiti dalla [redacted] dal momento che non vi era in atti alcuna documentazione clinica da sottoporre al c.t.u., di talché una eventuale consulenza d'ufficio avrebbe avuto inammissibili finalità esplorative;

-) il motivo con cui si deduceva la mancata considerazione della clausola con cui l'assicuratore convenuto aveva rinunciato preventivamente

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

alla surrogazione nei confronti del responsabile era stato dedotto inammissibilmente per la prima volta in appello.

4. La sentenza d'appello è stata impugnata per Cassazione da [redacted] con ricorso fondato su cinque motivi.
La [redacted] ha resistito con controricorso.
Ambo le parti hanno depositato memoria.
Il Collegio ha disposto il deposito della motivazione nel termine di cui all'art. 380 bis, secondo comma, c.p.c..

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Col primo motivo la ricorrente censura la sentenza nella parte in cui ha ritenuto che fosse onere dell'assicuratore provare il fatto costitutivo dell'eccezione di *compensatio lucri cum damno*, ma che tale onere sorgesse solo dopo che l'assicurato avesse dimostrato l'esistenza del danno indennizzabile, prova non fornita dalla [redacted]
Tale statuizione è impugnata per violazione degli artt. "1221 e seguenti"; dell'art. 2697 c.c. (deve ritenersi un semplice *lapsus calami* il riferimento della difesa della ricorrente all'art. 2696 c.c., che disciplina la trascrizione degli atti riguardanti beni mobili) e degli artt. 115 e 116 c.p.c..
Deduce la ricorrente che, per avendo chiesto la condanna dell'assicuratore al pagamento dell'indennizzo, l'unico suo onere consisteva nel provare l'esistenza del contratto e l'inutile scadenza del termine di adempimento a carico dell'assicuratore; che in ogni caso la circostanza che avesse patito un infortunio non era mai stata in contestazione; che l'esistenza delle lesioni era stata documentata sin dal primo grado; che la vittima di lesioni personali non potrebbe provare i postumi se non instando affinché il giudice disponga una consulenza d'ufficio.

1.1. Prima di esaminare il motivo nel merito, v'è da rilevare come il suo contenuto non sia coerente con la sua intitolazione.
La ricorrente, infatti, pur prospettando formalmente la violazione dell'art. 2697 c.c., nella sostanza lamenta:

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

a) che l'esistenza del danno alla persona da essa sofferto non era stata contestata (così prospettando la violazione del principio di non contestazione di cui all'art. 115 c.p.c.);

b) che la Corte d'appello, rigettando per "*mancanza di documentazione clinica*" l'istanza intesa a sollecitare la nomina d'un consulente tecnico per la stima del danno alla persona, ha trascurato di considerare i documenti nn. 1, 4 e 5 da lei prodotti in primo grado, dai quali risultava l'oggettiva esistenza d'un grave infortunio;

c) che la Corte d'appello ha violato il principio per cui l'esistenza d'un danno alla persona che abbia lasciato postumi permanenti non può dimostrarsi altrimenti che con l'ausilio d'una consulenza medico-legale; e che, di conseguenza, era incorsa nel vizio di contraddittorietà manifesta, per avere dapprima rigettato l'unico mezzo istruttorio idoneo a provare il fatto costitutivo della domanda, e poi ritenuto la domanda non provata.

1.2. Il suddetto errore nell'inquadramento *formale* della censura, tuttavia, non è di ostacolo all'esame del primo motivo di ricorso.

Infatti, nel caso in cui il ricorrente incorra nel c.d. "vizio di sussunzione" (e cioè erri nell'inquadrare l'errore commesso dal giudice di merito in una delle cinque categorie previste dall'art. 360 c.p.c.), il ricorso non può per ciò solo dirsi inammissibile, quando dal complesso della motivazione adottata dal ricorrente sia chiaramente individuabile l'errore di cui si duole, come stabilito dalle Sezioni Unite di questa Corte (Sez. U, Sentenza n. 17931 del 24/07/2013).

1.3. Nel caso di specie, l'illustrazione contenuta nelle pp. 8-11 del ricorso è chiara nel prospettare i tre vizi sopra indicati, e cioè:

a) violazione del principio di non contestazione;

b) omesso esame di fatti decisivi;

c) illogicità manifesta.

È quindi priva di conseguenze - in virtù del principio *jura novit curia* - sia l'erronea individuazione del tipo di vizio denunciato (ex art. 360 n. 3, c.p.c.,

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

invece che i vizi di cui agli artt. 360 nn. 4 e 5 c.p.c.); sia l'erronea individuazione delle norme della cui violazione la ricorrente si duole.

1.2. Nel merito il motivo è in parte fondato.

È nel torto la ricorrente quando assume che non era suo onere provare l'esistenza del danno alla persona. L'esistenza di tale danno infatti rappresenta quel che si definisce il *rischio avverato* (ovvero la realizzazione del *rischio in astratto*, per come definito nel contratto di assicurazione), ed è onere dell'assicurato provare che si sia verificato un evento corrispondente al rischio descritto nella polizza.

È tuttavia nel giusto la ricorrente quando deduce che né l'esistenza del sinistro, né l'esistenza delle lesioni da esso causate erano mai state in discussione.

È, ancora, nel vero la ricorrente quando allega che l'esistenza di postumi permanenti non potrebbe essere dimostrata altrimenti che col ricorso ad una consulenza tecnica, se l'esistenza delle lesioni non è contestata: e poiché nel caso di specie non lo era, il giudice di merito non avrebbe potuto rigettare l'istanza di consulenza d'ufficio.

1.3. Sotto il primo profilo, è noto che debbono ritenersi ammessi i fatti rispetto ai quali la controparte svolga una difesa incompatibile con la loro negazione (così le Sezioni Unite di questa Corte, Cass. Sez. U., 16/02/2016, n. 2951, § 54 dei "Motivi della decisione").

Nel caso di specie la società assicuratrice, per il fatto stesso di avere eccepito la *compensatio lucri cum damno*, ha per ciò solo ammesso che l'assicurata un danno l'avesse pur subìto.

Significativa, altresì, è la circostanza che nelle nove pagine della comparsa di costituzione depositata dalla società assicuratrice dinanzi al Tribunale di Sondrio, otto siano dedicate ad illustrare l'eccezione di *compensatio lucri cum damno*, mentre solo a pagina 7, ultimo capoverso, ed 8, primo capoverso, si mette in dubbio (non l'esistenza del danno alla salute, ma) la percentuale di invalidità permanente indicata dall'attrice.

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

La sentenza impugnata ha dunque effettivamente violato sia il principio per cui il giudice deve ritenere ammessi i fatti invocati danuna parte, quando l'altra parte abbia svolto difese incompatibili con la volontà di negarne l'esistenza; sia l'art. 115 c.p.c., per avere ritenuto necessaria di prova una circostanza non adeguatamente contestata dalla parte convenuta.
Né soccorre, per salvare la sentenza impugnata da un giudizio cassatorio, il principio per cui l'onere di contestazione sussiste soltanto per i fatti noti alla parte, non anche per i fatti ad essa ignoti (Sez. 3, Sentenza n. 3576 del 13/02/2013), dal momento che la società assicuratrice risulta avere fatto visitare [redacted] da un proprio incaricato: le condizioni di salute dell'assicurata non erano dunque un "*fatto ignoto*" per l'assicuratore, che potesse sollevarlo dall'onere di cui all'art. 115 c.p.c..

1.4. Benché il rilievo che precede sia assorbente ai fini dell'accoglimento del primo motivo di ricorso, questa Corte reputa opportuno aggiungere che sussiste anche il secondo dei vizi denunciati dalla ricorrente col suo primo motivo di ricorso, ovvero l'omesso esame d'un fatto (processuale) decisivo (così riqualificata *ex officio* la censura di cui a p. 10, secondo capoverso, del ricorso).

1.5. Tale censura non è inibita dall'art. 360, quarto comma, c.p.c., in quanto le motivazioni delle due sentenze di rigetto pronunciate nei gradi di merito non furono conformi: mentre il Tribunale addossò a [redacted] l'onere di provare di *non* avere percepito risarcimenti da terzi per il medesimo infortunio oggetto dell'assicurazione, la Corte d'appello escluse tale onere, ma ritenne che comunque l'attrice-appellante non avesse provato l'esistenza del danno.

1.6. La sentenza impugnata è effettivamente incorsa nel vizio di omesso esame d'un fatto (processuale) decisivo, rappresentato dall'esistenza in atti dei seguenti documenti, richiamati dalla ricorrente a p. 10 del ricorso:

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

a) il documento n. 1 allegato all'atto di citazione (rapporto della Polizia Municipale), dal quale risultava che la [redacted] fu ricoverata in "prognosi riservata" dopo l'infortunio;

b) il documento n. 4 (lettera di dimissioni dall'Ospedale [redacted], dal quale risultava che la [redacted] aveva patito la frattura del cranio, del bacino, di due costole e di due vertebre;

c) il documento n. 5 (lettera di dimissioni dall'Ospedale [redacted]

Ovviamente è inibito a questa Corte valutare quale fosse l'efficacia probatoria e la decisività dei suddetti documenti.

Quel che in questa sede viene in rilievo è soltanto che la Corte d'appello ha ritenuto di non poter disporre una c.t.u. medico legale per l'assenza in atti di documentazione clinica, trascurando di considerare il "fatto processuale" dell'avvenuto deposito, sin dal primo grado, dei suddetti documenti: i quali integrano, appunto, quella stessa documentazione clinica reputata necessaria per disporre la c.t.u..

2. Col secondo motivo è censurata la sentenza d'appello nella parte in cui ha ritenuto che dal credito indennitario vantato nei confronti dell'assicuratore contro gli infortuni dovesse detrarsi quanto percepito dall'assicurato a titolo di risarcimento dal responsabile dell'infortunio.

Sostiene la ricorrente che il principio della *compensatio lucri cum damno* - del quale comunque contesta l'applicabilità al caso di specie - può venire in rilievo solo quando si controverta sul risarcimento d'un danno, non quando si controverta sull'esecuzione d'un contratto.

Pertanto - conclude la ricorrente - sarebbe legittimo detrarre dal risarcimento esigibile dal terzo responsabile l'indennizzo già pagato alla vittima dal proprio assicuratore; non sarebbe invece legittima l'operazione contraria.

2.1. Il motivo è *manifestamente* infondato.

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

2.1.1. In primo luogo, è infondato perché il contratto di assicurazione è aleatorio e non commutativo; l'alea consiste nell'avverarsi del rischio; se il rischio si avvera ma le sue conseguenze fossero eliminate da un terzo, cessa l'alea e, insieme ad essa, l'interesse dell'assicurato all'indennizzo (art. 1904 c.c.). La tesi della ricorrente conduce pertanto all'esito paradossale di ammettere che possa esistere un obbligo indennitario dell'assicuratore, senza che esista un danno causato dall'avverarsi del rischio. Una tesi *eversiva*, perché sovvertirebbe la causa del contratto di assicurazione e lo trasformerebbe da contratto di indennità in scommessa. Così, a seguire la tesi della ricorrente, il derubato che abbia stipulato una assicurazione contro il furto avrebbe diritto al pagamento dell'indennizzo anche se il ladro gli avesse già reso il maltolto.

2.1.2. In secondo luogo, il motivo è infondato perché né il risarcimento del danno, né la stipula d'un contratto d'assicurazione possono mai *arricchire* il danneggiato o l'assicurato: nel primo caso lo vieta l'art. 1223 c.c. (c.d. principio di *indifferenza* del risarcimento), nel secondo caso il principio indennitario (di cui sono espressione, tra gli altri, gli artt. 1904, 1909, 1910 c.c.).
Se, quindi, la vittima d'un fatto illecito fosse risarcita d'un danno già indennizzato dal suo assicuratore sarebbe violato il principio di indifferenza del risarcimento; se l'assicurato fosse indennizzato d'un danno già risarcito dal responsabile sarebbe violato il principio indennitario. Differenza non v'è tra le due ipotesi.

2.1.3. In terzo luogo, se fosse esatta la tesi sostenuta dalla ricorrente, diverrebbe inspiegabile uno degli istituti più antichi e tipici del diritto assicurativo, quello dell'abbandono (art. 540 cod. nav.).

3. Col terzo motivo è prospettata la violazione dell'articolo 1372 c.c..
Deduce la ricorrente - in sintesi - che tale norma sarebbe stata violata perché i patti contrattuali in virtù dei quali l'assicuratore assume una determinata obbligazione non potrebbero essere vanificati per effetto del

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

principio della *compensatio lucri cum damno*, a pena di violare l'autonomia e la libertà negoziale delle parti.

3.1. Il motivo è infondato.

La difesa della ricorrente trascura infatti di considerare che il contratto di assicurazione è un contratto aleatorio; che l'assicuratore non è tenuto immancabilmente al pagamento dell'indennizzo, quando un sinistro non si sia verificato o, pur essendosi verificato, non ne è derivato danno; che, di conseguenza, se l'esistenza della polizza è *condicio iuris* per l'obbligazione dell'assicuratore, l'esistenza del danno ne è *condicio facti*. E se il danno viene meno perché risarcito da terzi, viene meno *ipso facto* l'obbligazione indennitaria dell'assicuratore.

4. Col quarto motivo la ricorrente sostiene che l'assicurazione contro gli infortuni non mortali sia assimilabile all'assicurazione sulla vita, per trarne la conclusione che la prima, come la seconda, non soggiace al principio indennitario e consente il cumulo dell'indennizzo dovuto dall'assicuratore col risarcimento dovuto dal terzo responsabile dell'infortunio.

4.1. Il motivo è inammissibile ex articolo 360 *bis* c.p.c. alla luce dei principi stabiliti dalle Sezioni Unite di questa Corte con la sentenza n. 5119 del 2002, e cioè:

a) "*assicurazione sulla vita*" è soltanto quella in cui il pagamento dell'indennizzo dipenda o dalla sopravvivenza o dalla morte;

b) l'assicurazione contro gli infortuni non mortali è quindi una assicurazione di persone, soggetta alle regole dell'assicurazione danni (Cass. Sez. U., 10/04/2002, n. 5119, § 13 dei "Motivi della decisione").

Nel caso di specie, è la stessa ricorrente ad allegare che la polizza oggetto del contendere stabiliva che l'indennizzo per invalidità permanente fosse "*accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla tabella allegata al d.p.r. 30.6.1965 n. 1124*".

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

Le tabelle (ben undici) allegate al testo unico suddetto hanno ad oggetto l'invalidità causata dal danno biologico (art. 13 d.p.r. 38/2000). Dunque, il contratto copriva il rischio di danno alla salute.

Se quindi il danno alla salute derivato dall'infortunio è stato risarcito da un terzo, viene meno il presupposto stesso dell'obbligazione indennitaria gravante sull'assicuratore.

Consentire all'assicurato di incassare l'indennizzo dovutogli per un danno già risarcito da terzi significherebbe trasformare la causa stessa del contratto di assicurazione, in quanto:

a) l'assicurato verrebbe ad acquisire un interesse positivo all'avverarsi del sinistro, in violazione dell'art. 1904 c.c.;

b) il contratto di assicurazione cesserebbe di essere economicamente neutro rispetto al rischio, in violazione dell'art. 1908 c.c.;

c) l'assicuratore verrebbe privato del diritto di surrogazione, non potendo ovviamente il responsabile essere costretto a pagare all'assicuratore a titolo di surrogazione quanto ha già pagato alla vittima a titolo di risarcimento.

Tutti questi princìpi sono già stati affermati da questa Corte con la sentenza 13233/14, alla cui ampia motivazione si può qui rinviare ex art. 118 disp. att. c.p.c. (nello stesso senso, *ex aliis*, Sez. 3, Ordinanza n. 14358 del 27.5.2019).

Naturalmente - lo si rileva al fine di prevenire ulteriore contenzioso - la circostanza che il danno oggetto di copertura assicurativa sia già stato indennizzato o risarcito da altri è fatto impeditivo della pretesa attorea, e come tale deve essere provato dall'assicuratore che ne invoca gli effetti.

4.2. Gli ulteriori argomenti spesi dalla ricorrente a sostegno dell'assunto per cui nel caso di specie non dovrebbe operare il principio della *compensatio lucri cum damno* non convincono, per le ragioni qui di seguito esposte.

4.3. È erroneo l'assunto secondo cui tanto nell'assicurazione contro gli infortuni (non mortali), quanto nell'assicurazione sulla vita, "*il bene assicurato è sempre la vita in sé*" (così la memoria, p. 8).

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

Infatti, nell'assicurazione sulla vita il premio dipende dal rischio demografico (a sua volta desunto dalle tavole di mortalità), nell'assicurazione contro gli infortuni no; inoltre, l'assicurazione sulla vita e quella contro gli infortuni rientrano in rami diversi ai fini dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività d'impresa (art. 2, comma 3, cod. ass.).

4.4. È erronea l'affermazione secondo cui, poiché il corpo dell'uomo non ha un prezzo, l'assicurato e l'assicuratore sono liberi di fissare l'indennizzo *quomodolibet*; e questa libertà di fissare a piacere la misura dell'indennizzo renderebbe inapplicabile il principio della *compensatio lucri cum damno*.
Innanzitutto, è falso il principio per cui i postumi di un infortunio sono un danno *inestimabile* in senso tecnico.
Il principio invocato dalla ricorrente riecheggia l'adagio *cicatricium autem aut deformitatis nulla fit aestimatio, quia liberum corpus nullam recipit aestimationem* (Dig. IX, 3, 7), del quale da tempo la dottrina ha messo in evidenza l'equivoco che lo sottende ("*nullam recipit aestimationem*" nelle fonti romane non voleva dire che non esistesse un valore per il risarcimento del danno alla persona, ma che quel valore non era indicato nella *aestimatio*, cioè la parte della formula rilasciata dal *praetor* al *iudex privatus* nella procedura formulare).
Quell'adagio, ripetuto senza consapevolezza della sua origine e del suo reale significato, è stato impiegato per gli scopi più diversi, ivi compresa la giustificazione di tesi che appaiono oggi insostenibili: ad esempio, l'inconcepibilità e l'irrisarcibilità del danno biologico, inteso come lesione della salute in sé e per sé considerata (App. Genova 17.7.1975, in *Foro it.*, 1976, I, 808; Trib. Venezia 1.12.1978, in *Foro pad.*, I, 408).
In realtà, che per il corpo dell'uomo non esista un mercato è osservazione (banale) che non infirma tre princìpi basilari del diritto civile vivente, e cioè:

a) un infortunio è sempre un "danno" in senso giuridico: sia quando provoca una contrazione del reddito, sia quando provoca soltanto una lesione dell'integrità psicofisica;

b) l'assicurazione contro gli infortuni non mortali, pertanto, non è una scommessa sul fatto che possa accadere o non accadere un infortunio; è un

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

contratto indennitario che ha ad oggetto il *danno* alla persona, patrimoniale o non patrimoniale a seconda delle previsioni contrattuali;

c) il danno alla salute è stimabile in denaro: lo stabiliscono gli artt. 138 e 139 cod. ass.; l'art. 13 d. lgs. 38/2000; l'art. 7 l. 8.3.2017 n. 24.

4.5. Da quanto esposto consegue che:

-) se la lesione della salute è un danno in senso giuridico;

-) se l'assicurazione contro gli infortuni ha ad oggetto la copertura di quel danno;

-) se quel danno è stato eliminato in tutto od in parte dal risarcimento compiuto da chi ne è responsabile, scema in misura corrispondente l'obbligo indennitario dell'assicuratore, per l'ovvia ragione che la causa assicurativa impedisce di esigere dall'assicuratore un indennizzo per danni non esistenti o non più esistenti.

4.6. Ciascun vede, di conseguenza, come il tema della libertà negoziale delle parti, invocato dalla ricorrente, sia estraneo al problema della *compensatio lucri cum damno*.

Le parti di un contratto di assicurazione restano libere di fissare la misura dell'indennizzo nella misura che più loro aggrada: glielo consente l'art. 1908 c.c.. Ma ciò non toglie che quell'indennizzo liberamente contrattato non perda mai la sua *causa indennitaria*; il suo scopo resta quello di ristorare un pregiudizio, non arricchire l'assicurato.

Pertanto, una volta avveratosi il rischio, *qualunque risarcimento* pagato all'assicurato dal terzo responsabile andrà sempre a diffalco dell'indennizzo dovuto dall'assicuratore per lo stesso fatto, quale che ne fosse la misura.

4.7. Con un ulteriore argomento la difesa della ricorrente spende la figura retorica del paradosso, affermando che, se fosse esatta la tesi della *compensatio lucri cum damno*, allora l'assicuratore potrebbe sempre rifiutare l'indennizzo per la parte eventualmente eccedente il risarcimento che in teoria sarebbe dovuto per invalidità della medesima natura in base alle "tabelle" di legge o giurisprudenziali.

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

Come tutte le *reductiones ad absurdum*, anche la fondatezza di questo argomento è solo apparente.

Se l'assicuratore si obbligasse - poniamo - a pagare un indennizzo di euro 100.000 per un danno biologico consistito in una invalidità permanente dell'1%, non verrebbe in rilievo un problema di *compensatio*, ma solo un problema di soprassicurazione, regolata dagli artt. 1908 e 1909 c.c.. Un problema di *compensatio* potrebbe sorgere solo quando, per lo stesso fatto dannoso, il creditore acquisti due crediti aventi entrambi una *causa ristoratrice* del pregiudizio.

4.7. Resta solo da aggiungere come non sia pertinente la giurisprudenza di questa Corte invocata dalla ricorrente a p. 18 del ricorso (e reiterata a p. 9 della memoria).

Quella giurisprudenza (in parte non correttamente richiamata dalla ricorrente: non esiste infatti una sentenza di questa Corte "*10 marzo 2017 n. 5504*"; probabilmente la ricorrente intendeva riferirsi alla sentenza "10 marzo *2014* n. 5504") aveva ad oggetto un problema totalmente diverso da quello oggi in esame, e cioè la cumulabilità della pensione di reversibilità con la rendita erogata dall'INAIL ai congiunti del lavoratore deceduto per infortunio.

5. Col quinto motivo la ricorrente deduce che erroneamente la Corte d'appello ha ritenuto "generiche" le censure con cui, a giustificazione dell'invocata cumulabilità dell'indennizzo col risarcimento, la ricorrente evidenziava che nella specie l'assicuratore aveva per contratto rinunciato al diritto di surrogazione nei confronti del terzo responsabile.

5.1. Il motivo è inammissibile, perché rivolto contro una statuizione che la Corte d'appello ha ritenuto di compiere solo "*ad abundantiam*", in quanto il ritenuto difetto di prova dell'esistenza del danno era statuizione assorbente di ogni ulteriore censura proposta dall'appellante (così la sentenza impugnata, p. 7, secondo capoverso).

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

5.2. Nondimeno, anche al fine di prevenire ulteriore contenzioso, è opportuno rilevare che le deduzioni dell'appellante sul punto qui in discussione non erano affatto generiche.

L'appellante aveva prospettato una questione di diritto ben precisa: e cioè stabilire se la rinuncia alla surrogazione da parte dell'assicuratore contro gli infortuni consente all'assicurato di cumulare l'indennizzo col risarcimento dovuto dal terzo.

La questione era ben chiara, era una questione di diritto, e una questione di diritto non abbisogna di "motivazione", dal momento che *jura novit curia*.

5.3. Tuttavia, le osservazioni svolte dalla Corte d'appello *ad abundantiam* sono su questo punto conformi a diritto.

La surrogazione, infatti, è un diritto di credito che l'assicuratore acquisisce *ipso facto* per effetto del pagamento dell'indennizzo all'assicurato.

La rinuncia alla surrogazione è dunque un negozio unilaterale abdicativo di un diritto di credito spettante all'assicuratore.

La rinuncia ad un diritto di credito comporta l'estinzione di quel diritto, *non la sua retrocessione* al dante causa di chi ha compiuto la rinuncia.

Così, ad es., se il cessionario di un credito liberasse il debitore ceduto, il credito non retrocederebbe certo in capo al cedente.

Allo stesso modo con la rinuncia alla surrogazione l'assicuratore libera preventivamente il terzo responsabile, ma non retrocede all'assicurato il suo diritto di credito nei confronti del responsabile (anche su questo punto v. Cass. 13533/14).

6. Va dunque accolto il primo motivo e vanno rigettati gli altri.

Il giudice di rinvio tornerà ad esaminare il secondo motivo dell'appello proposto da [redacted] muovendo dall'assunto che l'esistenza del sinistro e delle lesioni da esso causate non poteva ritenersi validamente contestata in giudizio.

Sulla base di questo principio tornerà a valutare le prospettazioni *hinc et inde* dedotte, e ripartirà l'onere della prova nel senso che:

a) è onere dell'assicurato provare l'infortunio e le sue conseguenze;

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696

Numero registro generale 16789/2022
Numero sezionale 4142/2024
Numero di raccolta generale 3429/2025
Data pubblicazione 10/02/2025

b) è onere dell'assicuratore provare che per il medesimo fatto dannoso oggetto di copertura assicurativa l'assicurato ha già percepito un risarcimento del terzo responsabile.

Se tutte le parti dovessero assolvere l'onere della prova su esse rispettivamente gravante, il giudice di rinvio deciderà l'appello applicando i seguenti princìpi di diritto:

"*l'assicuratore contro gli infortuni non mortali non è tenuto al pagamento dell'indennizzo, fino alla concorrenza del risarcimento che l'assicurato ha ottenuto, per il medesimo fatto, dal terzo responsabile*"; "*la rinuncia dell'assicuratore alla surrogazione nei diritti del terzo che ha causato il danno oggetto di copertura assicurativa è un negozio abdicativo di un diritto proprio dell'assicuratore; tale rinuncia, pertanto, non fa risorgere il capo all'assicurato il credito risarcitorio nei confronti del terzo*".

7. Le spese del presente giudizio di legittimità saranno liquidate dal giudice del rinvio.

8. Infine, per la natura della *causa petendi*, va di ufficio disposta l'omissione, in caso di diffusione del presente provvedimento, dei dati identificativi della ricorrente, ai sensi dell'art. 52 d.lgs. 196 del 2003.

P. q. m.

(-) accoglie il primo motivo di ricorso; rigetta gli altri; cassa la sentenza impugnata in relazione al motivo accolto e rinvia la causa alla Corte d'appello di Milano, in diversa composizione, cui demanda di provvedere anche sulle spese del giudizio di legittimità;

(-) dispone che, in caso di diffusione del presente provvedimento, siano omessi generalità ed altri dati identificativi della ricorrente.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Terza Sezione civile della Corte di cassazione, addì 9 dicembre 2024.

Il Presidente
(Franco De Stefano)

Firmato Da: DE STEFANO FRANCO Emesso Da: CA DI FIRMA QUALIFICATA PER MODELLO ATE Serial#: 152cecee2c550696