

Intestazione

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
SEZIONE TERZA CIVILE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati

Dott. TRAVAGLINO Giacomo	- Presidente
Dott. SCODITTI Enrico	- Consigliere
Dott. RUBINO Lina	- Consigliere
Dott. GRAZIOSI Chiara	- Consigliere
Dott. CRICENTI Giuseppe	- Relatore

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

sul ricorso iscritto al n. 23344/2022 R.G.

proposto da

Da.Gi., domiciliato ex lege in ROMA, PIAZZA CAVOUR presso la CANCELLERIA della CORTE di CASSAZIONE, rappresentato e difeso dagli avvocati ALESSI PAOLO (Omissis), LEONE SEBASTIANO (Omissis)

-ricorrente-

Contro

ASSICURATRICE MILANESE Spa, elettivamente domiciliato in ROMA VIA COLA DI RIENZO, 212, presso lo studio dell'avvocato MARIANI TIZIANO (Omissis) rappresentato e difeso dall'avvocato SIRENA ANDREA (Omissis)

-controricorrente-

avverso SENTENZA di CORTE D'APPELLO CATANIA n. 500/2022 depositata il 14/03/2022.

Udita la relazione svolta nella camera di consiglio del 17/06/2024 dal Consigliere GIUSEPPE CRICENTI.

Fatto

FATTI DI CAUSA

1.- Il dottor Da.Gi., il giorno 22 luglio del 2009, ha operato Fo.Gi. di tiroidectomia totale, intervento da cui sono derivati danni gravi alla paziente che ha poi citato in giudizio il medico ottenendone la condanna al risarcimento del danno.

Il dottor Da.Gi. ha chiesto in quel giudizio la chiamata in causa dell'ASSICURATRICE MILANESE Spa , con la quale aveva stipulato il 17 luglio del 2009, una copertura per i rischi derivanti dalla sua attività professionale.

La compagnia di Assicurazioni si è costituita ed ha eccepito l'inefficacia del contratto di assicurazione rispetto a quel tipo di evento, in quanto la polizza era stata stipulata in relazione all'attività di ginecologo e non a quella di chirurgo del dottor Da.Gi.

1.2- Il Tribunale di Catania ha accolto la domanda di risarcimento avanzata dalla paziente, condannando il medico al risarcimento, ed ha rigettato la domanda di costui di manleva da parte della compagnia di assicurazione.

Ciò è accaduto nonostante il Da.Gi. avesse prodotto in giudizio un supplemento di polizza, stipulato il 20 agosto del 2009, con cui si estendeva la copertura assicurativa altresì all'attività chirurgica, e ciò con decorrenza 30 giugno 2009.

Infatti, prodotta in giudizio tale appendice, la compagnia di assicurazione ha obiettato che le era stata taciuta la circostanza del precedente intervento chirurgico, e del danno provocato alla paziente, e che dunque l'appendice di polizza era stata stipulata ignorando tale circostanza, in violazione dunque dell'articolo 1892 del codice civile.

Il Tribunale ha ritenuto fondata tale eccezione, osservando che quindi il medico, quando ha stipulato la polizza aggiuntiva a copertura altresì dell'attività chirurgica, ha taciuto la circostanza del precedente intervento, di qualche giorno prima, da cui avrebbe dovuto aspettarsi una richiesta di risarcimento.

Gli argomenti utilizzati dal Tribunale in primo grado sono stati confermati dalla Corte di appello di Catania che ha dunque rigettato il gravame del dottor Da.Gi.

1.3.- Costui ricorrere per cassazione con sette motivi di ricorso, illustrati da memoria e di cui chiede il rigetto la ASSICURATRICE MILANESE Spa che si è costituita con controricorso.

Diritto

RAGIONI DELLA DECISIONE

2.- Con il primo motivo di ricorso si prospetta violazione degli articoli 1326 del codice civile e 1362 e seguenti stesso codice.

La tesi è la seguente.

La domanda di manleva è stata rigettata sul presupposto che l'attività chirurgica non era coperta dal contratto di assicurazione, il cui oggetto era limitato esclusivamente all'attività ginecologica e di assistenza al parto.

Tuttavia, secondo il ricorrente, questa interpretazione è frutto di una parziale ermeneutica degli atti, e di un omesso esame di essi, essendosi la Corte d'Appello limitata al tenore letterale della polizza senza tener conto né della proposta di contratto, nella quale si evidenziava che l'attività del ricorrente era quella di chirurgo, né del carteggio intercorso con l'assicurazione in cui il ricorrente si lamentava del fatto che la sua attività di chirurgo non era stata tenuta in considerazione nel delineare l'oggetto della polizza, sia infine della stessa polizza aggiuntiva stipulata poco dopo a rettifica della precedente e con la quale è stata disposta copertura anche per l'attività chirurgica.

2.1.-Con il secondo motivo si prospetta una violazione degli articoli 115 e 345 del codice di procedura civile.

La questione posta con tale motivo è uno sviluppo del precedente.

Il ricorrente infatti contesta alla Corte d'Appello di aver considerato tardiva la produzione dei documenti indicati al motivo precedente, ed invocati per una più corretta interpretazione del contratto di assicurazione intercorso tra le parti.

Sostiene infatti il ricorrente di avere depositato alcuni di tali documenti sin dal primo grado, e di averne depositati altri con l'appello.

Osserva inoltre che la compagnia di assicurazione non ha contestato la produzione di tali documenti in appello e dunque essi devono ritenersi ammissibili alla luce del principio, per l'appunto, di non contestazione previsto dall'articolo 115 del codice di procedura civile.

Questi due motivi, come risulta evidente, pongono una questione comune e dunque può farsene scrutinio unitario.

Intanto, è da ritenersi corretta la decisione della Corte d'Appello circa la tardività della produzione documentale, posto che, come ammesso dallo stesso ricorrente, alcuni dei documenti invocati per una migliore interpretazione del contratto, ed in particolare la copia fotostatica della proposta di polizza e la lettera inviata a mezzo appello.

Né ovviamente rileva la circostanza che la compagnia di assicurazione alcunché abbia eccepito, circostanza peraltro smentita da quanto riportato nel controricorso dalla stessa compagnia di assicurazione, in quanto il principio di non contestazione vale per i fatti e non per i documenti (Cass. 6172/ 2020).

Ma, anche ad ammettere che quei documenti siano utilizzabili, essi non autorizzano la conclusione che, sin dalla prima polizza, l'oggetto della copertura era esteso anche all'attività chirurgica, se non altro per la semplice ragione che, per effettuare tale estensione, il ricorrente ha proposto ed ottenuto una appendice di polizza ad integrazione di quella originaria.

2.2.- Il terzo motivo prospetta violazione degli articoli 1892 e 1913 del codice civile.

La tesi del ricorrente è la seguente.

La decisione impugnata ha ritenuto fondata l'eccezione della compagnia di assicurazione, che ha fatto valere la reticenza del ricorrente circa l'intervento chirurgico di qualche giorno prima, da cui poi è scaturita la richiesta di risarcimento, ed ha dunque ritenuto operante la previsione dell'articolo 1892 del codice civile.

Secondo la tesi del ricorrente, questa ratio deve ritenersi errata in quanto, nel momento in cui è stata stipulata l'appendice di polizza, volta ad estendere o ad integrare la copertura assicurativa anche rispetto all'attività chirurgica, il ricorrente non era a conoscenza della richiesta di risarcimento danni, e dunque del rischio che quell'intervento chirurgico avrebbe presentato in tal senso, posto che la richiesta di risarcimento danni è stata notificata ben due anni dopo.

Con la conseguenza che la decisione impugnata erroneamente addebita al ricorrente di aver taciuto una circostanza rilevante per la conclusione del contratto, e cioè l'esistenza di un precedente intervento chirurgico, della cui esistenza peraltro l'assicurazione doveva dirsi al corrente dal momento che era nota l'attività di chirurgo dello stesso assicurato.

In sostanza, il fatto di aver praticato un intervento chirurgico pochi giorni prima la stipula della polizza, secondo la prospettazione del ricorrente, non era circostanza tale da dover essere messa a conoscenza della assicurazione, che ovviamente ne era di fatto al ricorrente, e comunque non era circostanza rilevante.

Il motivo è infondato.

In realtà non viene addebitato al ricorrente di aver taciuto alla compagnia l'esistenza del precedente intervento chirurgico, bensì di aver taciuto il danno che con quell'intervento chirurgico era stato causato.

Nel giudizio di primo grado è stato infatti accertato che il danno alla paziente si è manifestato immediatamente dopo l'intervento chirurgico, tanto che quest'ultima è stata poi ricoverata d'urgenza in un'altra struttura allo scopo di porre rimedio alle conseguenze dell'intervento questo accertamento è passato in giudicato nel momento in cui il ricorrente non ha impugnato la sentenza sul punto, avendolo fatto soltanto sulla questione della manleva assicurativa.

Dunque, la circostanza rilevante per la stipula della integrazione della polizza assicurativa non era la semplice effettuazione di un intervento chirurgico in precedenza, quanto piuttosto il fatto che quell'intervento chirurgico aveva provocato un danno se l'aver praticato l'intervento chirurgico certamente non può indurre di per sé a prevedere una domanda di risarcimento, il fatto invece di aver provocato un danno durante quell'intervento rende prevedibile una futura rivendicazione del danneggiato.

L'accertamento effettuato dai giudici d'appello risponde al principio di diritto secondo cui 'l'elemento soggettivo della colpa grave, presupponendo la coscienza dell'inesattezza o della reticenza della dichiarazione e la consapevolezza dell'importanza dell'informazione, inesatta o mancata, rispetto alla conclusione del contratto e alle sue condizioni, va accertato non già tramite una verifica "ex post" della prevedibilità della verifica del sinistro da parte dell'assicurato, bensì mediante un giudizio di prognosi postuma, da compiersi "ex ante" al momento della stipulazione del contratto.' (Cass. 20997/2023).

Dove è evidente che la prevedibilità ex ante è diversa a seconda che l'indizio di una richiesta di risarcimento sia il semplice fatto di aver effettuato un intervento anziché il fatto di aver causato un danno durante quell'intervento.

2.3.- Il quarto motivo prospetta violazione degli articoli 1175 e 1375 del codice civile.

Sostiene il ricorrente che l'assicurazione si è comportata in malafede nell'eccepire la non operatività della polizza, in quanto era a conoscenza dell'attività specialistica di chirurgia generale svolta dal medesimo ricorrente, e dunque era a conoscenza dell'errore contenuto nella polizza in cui la copertura assicurativa era limitata all'attività ginecologica.

2.4.- Il sesto motivo prospetta violazione degli articoli 1223 e 1882 del codice civile.

Si ribadisce, sotto altro aspetto, la censura fatta nel quarto motivo, ossia che l'assicurazione sarebbe stata in malafede in quanto, pur essendo a conoscenza dell'attività specialistica di chirurgia generale, ha taciuto questa sua conoscenza, per poter eccepire poi che le è stata taciuta.

I motivi pongono una questione comune e sono assorbiti dal rigetto dei motivi precedenti.

Semplicemente, dal rigetto dei motivi precedenti deriva che non si può imputare alla compagnia di assicurazione di essere stata a conoscenza di un fatto che invece le è stato colpevolmente taciuto la malafede dell'assicurazione presuppone la dimostrazione del contrario.

Inoltre, i motivi si dimostrano comunque infondati in quanto, dal fatto di essere al corrente che, oltre alla specializzazione in ginecologia il ricorrente aveva altresì quella in chirurgia, non deriva di per sé la riconoscibilità dell'errore circa l'oggetto della assicurazione ben potrebbe essere che il medico abbia voluto assicurare l'una e non l'altra attività.

2.4.- Il quinto motivo prospetta violazione dell'articolo 1892 secondo comma del codice civile.

Con tale censura il ricorrente si duole del fatto che la Corte d'Appello ha rigettato l'argomento secondo cui dalla retrodatazione dell'efficacia della polizza, meglio della aggiunta di polizza, deriverebbe altresì la tardività della eccezione fatta dalla compagnia di assicurazione.

Obietta il ricorrente che ben possono le parti stipulare contratti di assicurazione con efficacia retroattiva.

Il motivo è inammissibile.

Va da sé che la ratio della decisione impugnata è nel senso che non si capisce per quale motivo dalla retrodatazione dell'efficacia dell'assicurazione si debba perciò stesso ricavare che l'eccezione di reticenza è a sua volta tardiva.

A questa deduzione dei giudici di appello, che, si ripete, escludono che l'eccezione possa dirsi tardiva per il solo fatto che la polizza ha efficacia retroattiva, il ricorrente obietta che rientra nell'autonomia delle parti di stipulare polizze retroattive, che tuttavia è argomento inconferente, non utile a censurare la ratio impugnata, la quale, come si è visto, afferma tutt'altro avrebbe dovuto il ricorrente dimostrare che, contrariamente a quanto assunto dai giudici d'appello, avendo l'appendice di polizza efficacia retroattiva, l'eccezione fatta dalla assicurazione deve ritenersi tardiva.

Ne può censurarsi la decisione impugnata per non aver esteso l'efficacia della polizza all'evento anteriore alla sua stipula, dandole dunque efficacia retroattiva, in quanto non è quella la ratio della mancata estensione come si è visto infatti non di retroattività si è fatta questione bensì di totale inefficacia della polizza a causa della reticenza dell'assicurato su un elemento decisivo.

2.5.- Il settimo motivo, che prospetta una violazione dell'articolo 91 del codice di procedura civile, in realtà non è un motivo di censura vero e proprio, in quanto si limita ad affermare che, ove gli argomenti dei motivi precedenti fossero stati accolti, il regime delle spese avrebbe dovuto essere diverso.

Il ricorso va pertanto rigettato e le spese seguono la soccombenza.

PQM

P.Q.M.

La corte rigetta il ricorso. Condanna il ricorrente al pagamento delle spese di lite nella misura di 2500,00 euro, oltre 200 per esborsi ed oltre spese generali.

Ai sensi dell'art. 13 comma 1 quater del D.P.R. n. 115 del 2002, inserito dall'art. 1, comma 17 della L. n. 228 del 2012, dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte della ricorrente, al competente ufficio, dell 'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso, a norma del comma 1-bis, dello stesso articolo 13.

Così deciso in Roma il 17 giugno 2024.

Depositato in Cancelleria il 17 settembre 2024.