
SENTENZA

Cassazione civile sez. III - 30/05/2024, n. 15218

Intestazione

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

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. DE STEFANO Franco - Presidente
Dott. RUBINO Lina - Consigliere - Rel.
Dott. GIANNITI Pasquale - Consigliere
Dott. ROSSETTI Marco - Consigliere
Dott. VALLE Cristiano - Consigliere

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

sul ricorso iscritto al n. 31911/2021 R.G.

proposto da:

AIG EUROPE SA, in persona del rappresentante in atti indicato, elettivamente domiciliato in ROMA VIA MONTE ZEBIO 28, presso lo studio dell'avvocato GIUSEPPE CI LI BERTI (Omissis), che la rappresenta e difende unitamente all'avvocato ALBERTO FRANCHI (Omissis)
- ricorrente -

contro

Kr.Pe., elettivamente domiciliato in ROMA VIA GIOSUE' BORSI 4, presso lo studio dell'avvocato FEDERICA SCAFARELLI (Omissis), che lo rappresenta e difende unitamente agli avvocati LEONARDO RAVERA (Omissis), PATRICK DELUEG (Omissis)

- controricorrente -

avverso la SENTENZA della CORTE D'APPELLO SEZ. DIST. DI BOLZANO n.

105/2021 depositata il 16/07/2021;

udita la relazione svolta nella camera di consiglio del 06/03/2024 dal

Consigliere LINA RUBINO.

FATTI DI CAUSA

1. - Kr.Pe. conveniva in giudizio la AIG chiedendone la condanna alla liquidazione dell'indennizzo previsto nella polizza sottoscritta con la predetta compagnia per infortuni ed invalidità permanente da malattia, assumendo di aver contratto la malattia di Alzheimer,

patologia indennizzabile, nel 2016, riportando una accertata invalidità permanente destinata ad accrescersi nel tempo, e che la compagnia di assicurazioni aveva rifiutato di adempiere alla richiesta di indennizzo.

2. - Il tribunale adito disponeva una c.t.u. e rigettava la domanda aderendo alla tesi difensiva della compagnia di assicurazione, secondo la quale la malattia di Alzheimer rientrava tra le "sindromi organiche cerebrali" previste dalla clausola 4B delle condizioni generali di polizza come malattie non assicurate con conseguente non operatività della polizza.

Precisava che la clausola non poteva considerarsi clausola vessatoria, perché aveva la funzione di circoscrivere l'oggetto del contratto mantenendone fuori determinate patologie per le quali il margine di rischio era prealutato come troppo elevato per essere sostenibile dalla compagnia di assicurazioni.

3. - Il Kr.Pe. proponeva appello e la Corte d'appello di Trento, sezione distaccata di Bolzano, con la sentenza qui impugnata, previo un approfondimento richiesto al medesimo c.t.u. nominato in prime cure, accoglieva l'impugnazione, ritenendo che, sulla base della consulenza e dei testi scientifici citati dall'ausiliario, dovesse distinguersi tra sindromi e malattie vere e proprie, queste ultime aventi una propria precisa identificazione ed eziologia; sulla base di

questa ripartizione, riteneva che solamente le sindromi di origine psichiatrica fossero da ricondursi tra le fattispecie non assicurabili, cui faceva riferimento l'articolo 4B delle condizioni di polizza e non anche le malattie neurologiche, specificamente previste e descritte ed identificate come tali in articoli scientifici e negli elenchi del Ministero della Salute, tra le quali riconduceva la malattia di Alzheimer.

Riteneva pertanto che quest'ultima non rientrasse nel novero delle patologie escluse dalla copertura assicurativa e condannava la compagnia di assicurazione a corrispondere al Kr.Pe. l'indennizzo pattuito.

5.- La AIG Europe s.a. propone ricorso per cassazione articolato in due motivi ed illustrato da memoria nei confronti di Kr.Pe. per la cassazione della sentenza numero 105 del 2021 pubblicata dalla Corte d'appello di Trento, sezione distaccata di Bolzano, il 16 luglio 2021, notificata a mezzo pec in data 20 ottobre 2021, regolarmente prodotta in copia notificata.

6. - Resiste con controricorso illustrato da memoria il Kr.Pe.

7. - La causa è stata avviata alla trattazione in adunanza camerale, all'esito della quale il Collegio ha riservato il deposito della ordinanza nei successivi sessanta giorni.

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. - Con il primo motivo di ricorso è denunciata la nullità della sentenza per violazione dell'articolo 132, comma secondo, numero 4 c.p.c. nonché il difetto assoluto di motivazione in ordine alla decisione di disattendere le osservazioni critiche alla CTU formulata dal CTP di parte AIG Europe [REDACTED], nonché l'omesso esame di un fatto decisivo per il giudizio, consistente appunto nella consulenza di parte depositata dalla compagnia di assicurazioni.

Sostiene la ricorrente che la corte d'appello, là dove ha riformato la sentenza di primo grado riconoscendo l'operatività della polizza assicurativa e liquidando in favore del Kr.Pe. l'indennizzo richiesto, pari ad euro 516.457,00, abbia completamente disatteso e ignorato le osservazioni, puntuali e scientificamente supportate, della consulente di parte dell'attuale ricorrente alle risultanze della CTU espletata in primo grado e alla successiva integrazione della predetta consulenza, che richiama la definizione di "sindrome organica cerebrale" rinvenibile sul web assumendo che la stessa è, in realtà, un termine generico che si riferisce a malattie caratterizzate di solito da disturbi psichiatrici che causano una riduzione della funzione mentale, tra le quali sono indicati esemplificativamente vari tipi di patologie degenerative ed in particolare la demenza senile derivante dall'Alzheimer.

La compagnia di assicurazioni sottolinea che, come riportato dal CT di parte nelle proprie osservazioni, è la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità che include la malattia di Alzheimer tra le sindromi organiche cerebrali all'interno del cosiddetto ICD 10 cioè nella decima versione dell'International Classification of Disease, elaborata dall'OMS.

Sostiene la ricorrente che, se il giudice d'appello avesse esaminato attentamente la consulenza tecnica di parte, non sarebbe arrivato alle conclusioni che ha tratto, senza peraltro motivare sul punto. Avrebbe dovuto rettamente concludere nel senso che il caso di specie non è coperto dalla garanzia assicurativa, perché si tratta dell'insorgenza di una sindrome organica cerebrale, come tale espressamente esclusa dall'oggetto della polizza.

2. - Con il secondo motivo deduce la nullità della sentenza per difetto assoluto di motivazione là dove non ha esaminato le osservazioni medico legali formulate dal consulente tecnico di parte e non si è minimamente confrontata con esse.

Sostiene che la corte territoriale avrebbe, al contrario, dovuto esplicitamente indicare nella motivazione della sentenza le ragioni della scelta di disattendere le puntuali, dettagliate e scientificamente supportate critiche mosse dal CTP all'elaborato peritale senza limitarsi a un richiamo acritico delle conclusioni del proprio CTU.

3. - Il ricorso è complessivamente inammissibile, per le ragioni che seguono. I due motivi possono essere esaminati congiuntamente, in quanto connessi.

Non sussiste il lamentato difetto assoluto di motivazione. Va premesso che la c.t.u. è atto processuale che svolge la funzione di ausilio del giudice nella valutazione dei fatti e degli elementi acquisiti (consulenza c.d. deducente) ovvero, in determinati casi (come in alcuni casi di responsabilità sanitaria), assurge a fonte di prova dell'accertamento dei fatti (consulenza c.d. percipiente): essa stessa, quindi, non costituisce un fatto storico, un accadimento fenomenico esterno alla dinamica propria del processo, ossia a quella sequela di atti ed attività disciplinate dal codice di rito. Questa considerazione, ribadita da Cass. n. 12387 del 2020 (e già prima da Cass. n. 18391 del 2017), vale tanto più per la consulenza di parte, in relazione alla quale deve ritenersi che non ci sia un preciso obbligo da parte del giudice di merito, di porre espressamente le osservazioni del c.t.p. a confronto con le considerazioni del c.t.u. per confutarle e spiegare le ragioni per le quali non le si condivide ai fini della resistenza logica complessiva della motivazione, ove questa condivide le conclusioni cui è giunto il consulente di ufficio.

Nell'economia complessiva della motivazione deve ritenersi sufficiente che da essa si ricavi che il giudice di merito ha visionato e preso in considerazione le osservazioni del consulente di parte e le abbia consapevolmente disattese, non essendo necessaria una replica diretta, esplicita alle osservazioni del consulente di parte quando emerga dal contesto motivazionale che esse siano state esaminate e considerate, benché non ritenute convincenti. A diversa conclusione potrebbe giungersi nel solo caso in cui la consulenza di parte segnali al consulente la pretermissione di un preciso fatto storico, che l'ausiliare avrebbe dovuto tenere in conto e che non sia stato invece considerato: in quel caso, il giudice di merito dovrà valutare ed esprimersi sulla decisività del fatto e sull'incidenza della sua omessa considerazione sulla valutazione tecnica del c.t.u., che potrebbe risultare alterata dalla mancanza di un elemento decisivo.

Nel caso in esame, la materia del contendere verte sulla interpretazione da dare ad una clausola contrattuale, partendo dal significato comune che una determinata espressione ha in ambito scientifico: si tratta quindi, in ogni caso, non di omessa considerazione di un fatto storico decisivo, ma di diversa valutazione del significato di alcuni termini scientifici, quindi una questione di interpretazione e valutazione.

In relazione ad essa, il giudice d'appello ha effettuato una sua ricostruzione motivata del significato dell'espressione "sindromi organiche cerebrali", che individua alcuni disturbi sottratti all'ambito di operatività della garanzia assicurativa, fornendo una motivazione non meramente apparente, ma, al contrario, fondata sulla individuazione di una distinzione rilevante tra le malattie e le sindromi, all'interno della quale le malattie si distinguono per una individuabilità eziologica e sono soggette all'ambito di applicazione della polizza, mentre le sindromi, ovvero i disturbi mentali di natura psichiatrica privi di una riconducibilità eziologica ne sarebbero escluse. La Corte interpreta in questo senso la clausola contrattuale, ritenendo che la limitazione dell'oggetto del contratto non tenga fuori anche le patologie neurologiche

accertate come l'Alzheimer, in questo modo implicitamente ma chiaramente disattendendo le osservazioni svolte dalla consulenza di parte.

I motivi di ricorso non censurano poi la corretta applicazione delle regole di interpretazione del contratto da parte del giudice di merito. La ricorrente, in definitiva, non fa che riproporre le considerazioni già formulate dal proprio consulente di parte.

Essa non si confronta neppure, direttamente, con la sentenza impugnata, che ha affermato che la compagnia di assicurazioni, nel predisporre la polizza, "ha previsto solo alcune patologie come preclusive della copertura assicurativa" e che nello specificare le infermità mentali non assicurabili, l'Assicurazione non ha contemplato la più comune forma di demenza, vale a dire la malattia di Alzheimer".

Il punto controverso non è in effetti relativo ad un accertamento obiettivo, effettuato dal c.t.u. e sottoposto a motivata critica dal c.t.p., ma pur sempre alla interpretazione di una clausola contrattuale sulla base di definizioni, che sia il consulente d'ufficio che quello di parte attingono non da testi di legge, e neppure da regole di soft law quali Linee Guida ministeriali, ma da articoli scientifici o direttamente dal web, definizioni e classificazioni che non sono quindi dotate di alcuna attendibilità privilegiata.

Alla denominazione "sindromi organiche cerebrali" cui fa riferimento l'articolo del contratto per escluderle dalla copertura assicurativa non corrisponde una precisa definizione scientifica, né tanto meno una nozione recepita a livello normativo. L'unica "fonte" scientifica che cita la ricorrente, che peraltro non ha, a sua volta, alcuna valenza normativa né paranormativa, è la "Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati", predisposta dalla Organizzazione mondiale di sanità e recepita dal Ministero della salute.

Ritenere che l'Alzheimer, benché non espressamente indicato nella polizza, si dovesse ritenere escluso o meno dalla copertura assicurativa perché riconducibile o meno entro l'ambito delle "sindromi organiche cerebrali" è una interpretazione del contratto, effettuata motivatamente dal giudice di merito e che resiste alle censure.

La corte d'appello ha infatti ritenuto, conformemente alle considerazioni del consulente tecnico di ufficio, che il riferimento alla classificazione dell'OMS (ove, all'interno della quinta sezione della suddetta classificazione, che è quella richiamata dalla ricorrente, denominata "Settore V Disturbi psichici e comportamentali", sono elencati vari disturbi mentali, tra i quali è indicata la demenza nella malattia di Alzheimer; l'elenco è il seguente: (F00-F99) Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici; (F00-F09) F00* Demenza nella malattia di Alzheimer (G30.-+); F01 Demenza vascolare; F02* Demenza in altre malattie classificate altrove; F03 Demenza non specificata; F04 Sindrome amnesica organica, non indotta da alcol o da altre sostanze psicoattive; F05 Delirium non indotto da alcol o da altre

sostanze psicoattive; F06 Altri disturbi psichici dovuti a danni o disfunzioni cerebrali e a malattie somatiche; F07 Disturbi di personalità e del comportamento dovuti a malattia, lesione e disfunzione cerebrali; F09 Disturbi psichici organici o sintomatici non specificati) non fosse univoco (come indicato nell'elenco stesso, la malattia di Alzheimer in sé rientra nel successivo settore VI, dedicato alle malattie del sistema nervoso, alla voce G30). A fronte di questa affermazione, il giudice ha effettuato la sua scelta ricostruttiva. Va pertanto dichiarata l'inammissibilità del ricorso. Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come al dispositivo. Il ricorso per cassazione è stato proposto in tempo posteriore al 30 gennaio 2013, e la parte ricorrente risulta soccombente; pertanto, è gravata dall'obbligo di versare un ulteriore importo a Dffft81ollccfi0 contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso principale, a norma del comma 1 bis dell'art. 13, comma 1 quater del D.P.R. n. 115 del 2002.

Va disposto che, ai sensi dell'art. 52, D.Lgs. n. 196 del 2003, in caso di diffusione del presente provvedimento, siano omesse le generalità e gli altri dati identificativi del controricorrente.

P.Q.M.

La Corte dichiara inammissibile il ricorso. Pone a carico della parte ricorrente le spese di giudizio sostenute dalla parte controricorrente, che liquida in complessivi euro 11.000,00 oltre 200,00 per esborsi, oltre contributo spese generali ed accessori.

Dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento da parte della ricorrente di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso principale.

Dispone che, ai sensi dell'art. 52 D.Lgs. 196 del 2003, in caso di diffusione del presente provvedimento siano omessi generalità ed altri dati identificativi del controricorrente.

Così deciso il 6 marzo 2024.

Depositata in Cancelleria il 30 maggio 2024.