



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

TERZA SEZIONE CIVILE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

- Dott. ANGELO SPIRITO - Presidente -
- Dott. ANTONELLA DI FLORIO - Consigliere -
- Dott. ENRICO SCODITTI - Consigliere -
- Dott. CHIARA GRAZIOSI - Rel. Consigliere -
- Dott. FRANCESCA FIECCONI - Consigliere -

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso 14619-2016 proposto da:

(omissis) , domiciliato ex lege in ROMA, presso la
 CANCELLERIA DELLA CORTE DI CASSAZIONE, rappresentato
 e difeso dall'avvocato (omissis) giusta procura
 speciale in calce al ricorso;

- **ricorrente** -

contro

(omissis) SPA, in persona dei legali rappresentanti
 dott.ssa (omissis) e dott.ssa (omissis)
 (omissis), elettivamente domiciliata in (omissis)
 (omissis) , presso lo studio dell'avvocato (omissis)

ORIGINALE

4738--2019

Oggetto

Responsabilità
medica

R.G.N. 14619/2016

Cron. 4738

Rep. @.1.

Ud. 19/12/2018

PU

2018

3008

(omissis), che la rappresenta e difende giusta procura speciale in calce al controricorso;

- controricorrente -

nonchè contro

(omissis) , (omissis) ;

- intimati -

avverso la sentenza n. 1204/2016 della CORTE D'APPELLO di MILANO, depositata il 29/03/2016;

udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 19/12/2018 dal Consigliere Dott. CHIARA GRAZIOSI;

udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. ALESSANDRO PEPE che ha concluso per l'accoglimento del ricorso;

udito l'Avvocato (omissis) ;

udito l'Avvocato (omissis) ;

FATTI DI CAUSA

1. Avendo (omissis) e (omissis) citato dinanzi al Tribunale di Milano (omissis), medico di base della prima, per danni da nascita indesiderata derivati dall'aver egli prescritto un farmaco non idoneo alla contraccezione, come invece gli aveva invece chiesto la (omissis), ed avendo il convenuto chiamato in garanzia la sua compagnia assicuratrice, (omissis) S.p.A., il Tribunale accoglieva con sentenza n. 3477/2014 la domanda di risarcimento del danno patrimoniale rappresentato dalle spese per mantenimento del minore nella misura di € 116.237, oltre interessi legali, e rigettava invece la domanda di manleva del convenuto nei confronti della compagnia.

Il (omissis) proponeva appello, cui le controparti resistevano; la Corte d'appello di Milano, con sentenza del 9 febbraio-29 marzo 2016, lo rigettava.

2. Ha proposto ricorso il (omissis), articolandolo in due motivi, peraltro illustrati congiuntamente; si è difesa con controricorso (omissis) S.p.A.

All'esito della camera di consiglio del 27 febbraio 2018, la causa è stata mandata in pubblica udienza con ordinanza interlocutoria. Sia il ricorrente, sia la controricorrente hanno depositato memoria.

RAGIONI DELLA DECISIONE

3. Il ricorso è fondato.

3.1 Il primo motivo viene rubricato come denunciante, ex articolo 360, primo comma, nn. 3 e 5 c.p.c., violazione e/o falsa applicazione degli articoli 1362, 1366 c.c., 582 c.p., nonché dell'articolo 12 del contratto assicurativo, e omessa e/o contraddittoria interpretazione del contratto e delle obbligazioni che ne discendono. Il secondo motivo viene rubricato, ai sensi dell'articolo 360, primo comma, n.5 c.p.c., omessa, insufficiente e/o contraddittoria motivazione in ordine a fatto discusso e decisivo per omessa lettura e interpretazione delle clausole contrattuali. Come si è anticipato, l'illustrazione dei motivi è unica.

Lamenta il ricorrente che il giudice d'appello "ha dichiaratamente rifiutato" di esaminare e interpretare il contratto ai sensi degli articoli 1362 e 1366 c.c. perché ciò non sarebbe stato richiesto in primo grado. La corte territoriale escluderebbe la responsabilità di (omissis) in base al "non univoco dato letterale" dell'articolo 12A del contratto, per cui la compagnia assicuratrice deve tener indenne l'assicurato di quanto è tenuto a pagare per responsabilità civile come risarcimento *"di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'esercizio dell'attività professionale"*. Secondo la Corte d'appello in questa frase presente nella clausola sussisterebbe un "chiaro tenore letterale" che "limita chiaramente l'indennizzo alle ipotesi di



danni per morte, lesioni personali...cagionati a terzi nell'esercizio della professione medica (art. 12A), non consentendo interpretazioni estensive o ampliamenti dell'oggetto dell'assicurazione con esso in contrasto". Richiamando la motivazione del primo giudice, il secondo giudice condividerebbe l'impossibilità, "in assenza di allegazioni dell'assicurato", di interpretare il contratto ex articoli 1362 ss. c.c. "per verificare, per esempio, la comune intenzione delle parti, ovvero per ricercare una interpretazione secondo buona fede".

L'interpretazione del contratto - osserva il ricorrente - spetta al giudice di merito, ma deve comunque rispettare i canoni legali di ermeneutica ed essere illustrata con adeguata motivazione. Nel caso in esame, invece, non vi sarebbe stata alcuna interpretazione, benchè richiesta. Il giudice avrebbe dovuto interpretare il contratto anche se "il convenuto nulla ha replicato alla difesa della assicurazione", visto che l'attuale ricorrente aveva invocato l'applicazione del contratto chiedendo la condanna in manleva della compagnia. Pertanto si doveva individuare la concreta intenzione delle parti secondo i criteri dell'articolo 1362 c.c.

Il giudice d'appello avrebbe affermato che il dato letterale non consente interpretazioni estensive o amplificanti; ma "è stato dimostrato che vi sono elementi dubbi" e che, contestualizzata nell'intero contratto e tenendo conto della finalità della polizza, la clausola può essere diversamente interpretata. Dalle altre clausole emergerebbero dettagliate esclusioni (articolo 19), di cui una sola sarebbe di genere medico (danni estetici e fisionomici e derivati da impianti dentistici). La polizza indicherebbe che l'attuale ricorrente l'avrebbe stipulata per la "responsabilità civile professionale dei medici", in quanto medico generico e guardia medica. Non sarebbe contestato che "la (presunta) responsabilità" dell'attuale ricorrente sia collegabile alla sua attività e avvenuta comunque nell'ambito di quest'ultima: si sarebbe infatti trattato di una ordinaria prescrizione del medico di base.

(omissis) pubblicizzerebbe tale polizza nel senso che il medico con essa assicura il rischio del risarcimento del danno per errore o omissione che potrebbe commettere nell'esercizio della sua professione; nonostante ciò (omissis) avrebbe proposto in questa causa un'interpretazione meramente letterale, cui il giudice d'appello avrebbe aderito, violando così la necessaria contestualizzazione. La comune intenzione delle parti sarebbe stata proprio assicurare il rischio di danni per errore od omissione nell'esercizio della professione medica; il contratto, peraltro, va interpretato secondo buona fede e il giudice d'appello, abnormemente, avrebbe ammesso di non farlo per assenza di specifica istanza dell'attuale ricorrente in tal senso.

Mediante la buona fede viene individuata, superando l'interpretazione cavillosa che si circoscrive alla lettera, la causa concreta del contratto; e il giudice è sempre obbligato dall'articolo 1366 c.c. a interpretare il contratto secondo buona fede.

Il giudice d'appello avrebbe violato pure l'articolo 1364 c.c., oltre all'interpretazione sistematica e funzionale (lo "spirito dell'intesa") di cui agli articoli 1362, 1363, 1366 e 1369 c.c.

(omissis) non avrebbe contestato che la prescrizione medica fu effettuata, e che lo fu nell'ambito dell'attività professionale dell'attuale ricorrente. Il giudice dovrebbe prima individuare la comune intenzione delle parti, e solo all'interno di tale ricerca potrebbe in concreto dare prevalenza alla lettera per avere ravvisato una sua coincidenza con la volontà negoziale. E comunque un risultato non conforme alla lettera potrebbe essere legittimo: tutti questi principi, secondo il ricorrente, sarebbero stati violati dalla corte territoriale, che non avrebbe interpretato la clausola 12A nel contesto del contratto assicurativo.

Inoltre il giudice d'appello avrebbe violato l'articolo 582 c.p., perché il danno rientrerebbe nel concetto di lesione personale, in quanto tale sarebbe la gravidanza indesiderata rispetto al diritto sul proprio corpo. La gravidanza è un procedimento fisiologico, ma, se è causata da un terzo contro la volontà della donna, costituirebbe una lesione personale in quanto incidente sull'integrità del corpo e sul diritto della personalità (2 Cost.), violando anche l'articolo 1 l. 194/1978 che tutela il diritto alla procreazione libera e responsabile. Una volta riconosciuto agli attori, quindi, il danno per prescrizione medica, la gravidanza contro la volontà della donna e la nascita sarebbero lesioni personali subite da quest'ultima, per il cui risarcimento da parte del medico (omissis) sarebbe tenuta a manleva.

3.2 Da quanto riassunto, emerge che i motivi sono apparentemente due, ma in realtà quello che è realmente proposto – cioè quello denunciante la mancata interpretazione del contratto, che il giudice avrebbe dovuto invece effettuare sulla base dei canoni normativi di cui agli articoli 1362 ss. cc. - è il primo, mentre per il secondo (che se si accoglie il primo viene assorbito), attinente al concetto di lesione personale, vengono soltanto introdotte alcune considerazioni, che a ben guardare mirano, in realtà, ancora a sostenere che il giudice di merito non ha adempiuto al suo dovere ermeneutico.

Va subito dato atto che il giudice d'appello si "appoggia" molto, nel complesso, alla sentenza del primo giudice, di cui riporta anche ampi stralci. Quanto alla domanda di garanzia proposta verso (omissis) dal medico (pagine 11ss. della motivazione) evidenzia appunto che fu il giudice di prime cure ad affermare di non essere tenuto, per mancata "allegazione" dell'attuale ricorrente, a interpretare la polizza ex articoli 1362ss. c.c. "per verificare, per esempio, la comune intenzione delle parti, ovvero per ricercare una interpretazione di buona fede. In assenza di allegazioni circa l'ambiguità delle espressioni utilizzate e di istanze di procedere alla attività interpretativa, non è possibile per il giudicante allontanarsi dal significato letterale delle parole". Quindi, secondo il tribunale - e la corte ambrosiana aderisce -, il giudice applica il diritto (qui, i canoni ermeneutici degli articoli 1362 ss. c.c.) solo se gli viene chiesto, altrimenti si ferma in modo atecnico al "significato letterale delle parole". Le norme ermeneutiche, dunque, sarebbero una sorta di opzione di cui l'attore può avvalersi oppure no.

Il giudice d'appello segnala poi che questo asserto del giudice di primo grado è stato confutato nell'atto d'appello, dove si è sostenuto che il giudice avrebbe dovuto comunque procedere alla

interpretazione del contratto secondo le norme del codice (gli articoli 1362ss., appunto), tenendo conto in particolare del fatto che la polizza fu stipulata per il rischio di danno procurato a terzi nell'esercizio dell'attività professionale medica, e che il danno lamentato - la gravidanza causata da un terzo contro la volontà della donna - rientrerebbe nella "lesione personale".

La corte ribatte che "a fronte del chiaro tenore letterale" dell'articolo 12A della polizza (che, come si è visto, obbliga la compagnia assicuratrice a tenere indenne l'assicurato di quanto è tenuto a pagare, per responsabilità civile, quale risarcimento "*di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'esercizio dell'attività professionale*") e "alla totale assenza di rilievi sulle contestazioni di (omissis) non vi era ragione alcuna di procedere a fantasiose interpretazioni non giustificate dal dato letterale" che non consente "interpretazioni estensive o ampliamenti dell'oggetto di assicurazione". Sarebbero inoltre insussistenti le lesioni personali perché il (omissis) non è il terzo che ha determinato il concepimento; è stato invece "leso il diritto degli attori di scegliere di avere un figlio".

Seguendo i giudici di merito, allora, poiché la lettera dell'articolo 12 A sarebbe chiara (anche questo, peraltro, è un mero asserto, se si pensa, p. es., al mancato riferimento a malattia o infermità in una clausola attinente all'identificazione di una responsabilità sanitaria), non si dovevano applicare i canoni ermeneutici del codice civile per dar luogo a "fantasiose interpretazioni": come se fossero necessarie specifiche contestazioni come quelle occorrenti per l'accertamento dei fatti ex articolo 115, primo comma, c.p.c. perché i canoni di legge diventino realmente applicabili. Se il contenuto di un contratto di per sé è fattuale, ciò non toglie, invece, che il suo accertamento deve essere espletato seguendo norme dettate appositamente dal legislatore, e non in modo generalista/atecnico: l'applicazione delle norme ermeneutiche di cui agli articoli 1362 ss. c.c. è un'operazione di diritto, che peraltro non è affidata a una potestà dispositiva delle parti coinvolte, *id est* non dipende da specifiche argomentazioni della parte interessata. Questa deve portare il fatto all'esame del giudice - qui l'accordo negoziale tra le parti insorto - , e poi *jura novit curia*.

Peraltro, avendo proposta la domanda di manleva (come riconosce il giudice d'appello a pagina 12), è evidente che l'attuale ricorrente ha prospettato al giudicante che nella polizza fossero compresi tutti gli errori, non espressamente esclusi, che egli avrebbe potuto commettere nella sua attività professionale di medico nei confronti di terzi che ne venissero danneggiati: il che in tale tipo di polizza non appare affatto "fantasioso". Peraltro, nulla toglie - si ripete - che l'interpretazione del contratto deve essere effettuata secondo la legge: e la prima delle norme ermeneutiche (articolo 1362, primo comma, c.c.) prevede proprio il superamento della lettera se questa si distacca dalla comune intenzione delle parti, che si deve comunque ricercare ("indagare"). L'articolo 1362 c.c., infatti, impone di accertare compiutamente se sussista nel

caso in esame un'assoluta autosufficienza del tenore letterale in rapporto appunto alla comune intenzione delle parti, che è il fondamentale parametro di interpretazione (*ex multis* Cass. 14495/2004, Cass. 7083/2006, Cass. 12360/2014, Cass. 24421/2015).

3.3 Pertanto, davvero la corte territoriale è incorsa nella violazione delle modalità giuridicamente stabilite dell'interpretazione negoziale, per di più avendo praticamente "confessato" il primo giudice di non avere cercato né "la comune intenzione delle parti" né "una interpretazione secondo buona fede", e avendo il giudice d'appello confermato tale omissiva scelta con l'inconsistente argomento delle "interpretazioni fantasiose".

D'altronde, che non vi siano stati "rilevi sulle contestazioni di (omissis)" - ulteriore argomento del giudice d'appello, sempre condiviso con il tribunale (pagina 12) - è un argomento anch'esso inconsistente, dato che (omissis) aveva eccepito la inoperatività della polizza "in quanto oggetto dell'assicurazione era solo un comportamento colposo del medico comportante la morte o le lesioni personali, ipotesi che qui non ricorrevano" (motivazione, pagina 2), ovvero negato la fondatezza della domanda in garanzia, che però l'attuale ricorrente non aveva mai abbandonato. E qui si aggiunge, inoltre, all'errore giuridico una certa confusione.

Il giudice d'appello osserva che, a fronte della doglianza dell'appellante che il primo giudice avrebbe comunque dovuto procedere a interpretare il contratto secondo le norme del codice, tenendo conto che la polizza era stata stipulata per coprire il rischio derivante dall'attività professionale sanitaria e che vi sarebbe stata "lesione personale", (omissis) ha replicato rilevando in particolare che in primo grado non risulterebbe formulata la domanda di manleva, né è stata contestata l'interpretazione che essa avrebbe dato del contratto con conseguente tardività dell'attuale contestazione, e che il dato letterale non consentirebbe l'ampliamento dell'oggetto dell'assicurazione.

Ma subito dopo la stessa corte riconosce che la domanda di garanzia era stata proposta, senza però mostrare di comprendere che, se era stata proposta una siffatta domanda, ciò logicamente si contrapponeva alla interpretazione del contratto data da (omissis) nella sua difesa rispetto alla domanda: vale a dire, che non aveva alcun senso argomentare che non era stata contestata dall'attuale ricorrente la difesa di (omissis), pur avendo egli presentato l'appello nel senso sopra sintetizzato dopo aver chiesto in primo grado l'indennizzo della polizza.

Sotto ogni profilo, in conclusione, la pronuncia impugnata si nutre di argomenti giuridicamente erronei, se non, addirittura, intrinsecamente contraddittori, al tempo stesso negando e riconoscendo la proposizione della domanda di manleva e l'insistenza su di essa del (omissis) dopo la difesa di controparte prima e dopo il rigetto - di sostanza omissiva, come si è appena visto, non avendo in effetti il giudice di prime cure interpretato il contratto che costituiva la *causa petendi* - successivamente, tramite la proposizione dell'appello.

In conclusione, il primo motivo deve essere accolto, assorbendo il secondo, per cui la sentenza deve essere cassata con rinvio – anche per le spese di lite – alla corte territoriale in diversa composizione, affinché proceda a interpretare il contratto assicurativo di cui è causa secondo gli articoli 1362 ss. c.c..

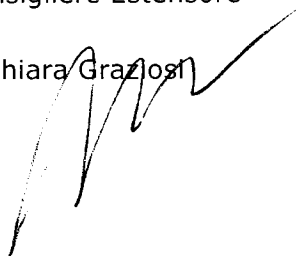
P.Q.M.

Accogliendo il primo motivo del ricorso, assorbito il secondo, cassa la sentenza impugnata e rinvia, anche per le spese del grado, alla Corte d'appello di Milano.

Così deciso in Roma il 19 dicembre 2018

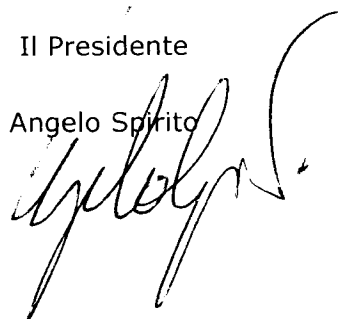
Il Consigliere Estensore

Chiara Graziosi

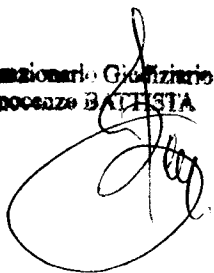


Il Presidente

Angelo Spirito



Il Funzionario Giudiziario
Innocenzo BATTISTA



DEPOSITATO IN CANCELLERIA
Oggi 19 FEB 2019

Il Funzionario Giudiziario
Innocenzo BATTISTA

