**Corte di Cassazione, sez. III civile, ordinanza n.8536 del 24/03/2023 – Certificazione medica-** ORDINANZA  sul ricorso n. 17457/21 proposto da:  -)  D.C., elettivamente domiciliata presso l'indirizzo  PEC del proprio difensore, difesa dall'avvocato Ettore D'Ovidio in  virtù di procura speciale apposta in calce al ricorso;  - ricorrente -  contro  -) Unipolsai Assicurazioni s.p.a., in persona del legale  rappresentante pro tempore, elettivamente domiciliato presso  l'indirizzo PEC del proprio difensore, difeso dall'avvocato  Francesco Tassoni in virtù di procura speciale apposta in calce al  controricorso;  - controricorrente -  avverso la sentenza della Corte d'appello di Roma 21 aprile 2021 n.  2930;  udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del  12 gennaio 2023 dal Consigliere relatore Dott. Rossetti Marco.                  FATTI DI CAUSA 1. Nel 2013 D.C. convenne dinanzi al Tribunale di Roma la società UnipolSai assicurazioni s.p.a., esponendo che:

-) nel 1993 aveva stipulato con la società Winterthur Assicurazioni (che in seguito si fonderà per incorporazione nella UnipolSai Assicurazioni s.p.a.) un contratto di assicurazione contro i rischi di invalidità derivante da malattia;

-) nel 2008 aveva segnalato alla società assicuratrice di essere affetta da una malattia che aveva comportato la riduzione della capacità di deambulare (alcaptonuria);

-) tale malattia aveva lasciato postumi permanenti nella misura del 65%, che l'assicuratore non aveva voluto indennizzare.

Chiese pertanto la condanna della società convenuta al pagamento dell'indennizzo contrattualmente dovuto, quantificato in Euro 180.759,92.

2. La società Unipolsai si costituì eccependo la prescrizione del diritto, l'inefficacia della polizza, l'esistenza di una clausola compromissoria e la mancanza di prova del fatto costitutivo della domanda.

3. Con sentenza 10 marzo 2016 n. 4985 il Tribunale di Roma rigettò la domanda, ritenendo la polizza non operante con riferimento al rischio concretamente avveratosi.

La sentenza venne appellata dalla soccombente.

La UnipolSai resistette al gravame proponendo appello incidentale condizionato.

4. Con sentenza 21 aprile 2021 n. 2930 la Corte d'appello di Roma rigettò il gravame principale, e dichiarò assorbito quello incidentale.

La Corte d'appello, dopo aver premesso di voler decidere la causa in base al criterio cosiddetto "della ragione più liquida", ritenne che nel caso di specie gli elementi forniti dall'attrice non consentivano di ritenere provata l'esistenza della malattia, né l'esistenza di postumi permanenti, né l'esistenza del nesso causale tra la prima ed i secondi.

La Corte d'appello aggiunse che i certificati rilasciati da medici liberi professionisti prodotti dall'attrice avevano un valore meramente indiziario; che in ogni caso i suddetti certificati erano privi delle indagini diagnostiche di corredo e della documentazione clinica posta a fondamento di essi; che nella suddetta situazione non poteva essere disposta una consulenza tecnica d'ufficio, dal momento che il consulente non avrebbe potuto acquisire altri documenti che quelli ritualmente prodotti, i quali come detto non consentivano alcun attendibile giudizio.

5. La sentenza d'appello è stata impugnata per cassazione da D.C., con ricorso fondato su sei motivi. La UnipolSai ha resistito con controricorso. Ambo le parti hanno depositato memoria. RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Col primo motivo (p. 43 del ricorso) la ricorrente invoca la nullità della sentenza per mancanza della motivazione, ai sensi dell'art. 132 c.p.c., comma 2, n. 4.

1.1. Il motivo è infondato, dal momento che la motivazione esiste ed è ben chiara: la Corte d'appello ha rigettato la domanda ritenendo non provato il fatto costitutivo di essa, e cioè l'esistenza della invalidità e la sua derivazione causale dalla malattia, e conseguentemente non dimostrata l'"operatività della polizza nemmeno secondo l'interpretazione del contratto dalla medesima ( D.) ritenuta corretta".

La Corte d'appello in ogni caso, contrariamente a quanto sostenuto dalla ricorrente (p. 3 della memoria), ha espressamente dichiarato non dimostrata l'operatività della polizza (così la sentenza impugnata, p. 12), e tale ratio decidendi risulta non specificamente impugnata (come conferma, indirettamente, la stessa parte ricorrente a p. 3 della memoria). Nel ricorso, infatti, si rinviene solo qualche generico riferimento a tale questione (ad es. a p. 52 del ricorso), mentre l'illustrazione dei motivi si concentra su altre e diverse questioni, con conseguenti profili di inammissibilità, sotto tale profilo, del ricorso.

2. Col secondo motivo la ricorrente lamenta la violazione degli artt. 2699 e 2700 c.c., nonché dell'art. 357 c.p..

Il motivo investe la sentenza d'appello nella parte in cui ha ritenuto "meri indizi" i certificati medici prodotti dalla attrice (odierna ricorrente).

Deduce che uno di essi era stato rilasciato dalla dottoressa G.E., medico di base, e le certificazioni rilasciate dal medico di base devono ritenersi munite di fede privilegiata ai sensi dell'art. 2700 c.c., in quanto rilasciate da un pubblico ufficiale.

2.1. Il motivo è inammissibile perché, quand'anche lo si volesse ritenere fondato, non porterebbe alla cassazione sul punto della sentenza impugnata.

La Corte d'appello, infatti, ha ritenuto che il certificato rilasciato dalla dottoressa G.E. non fosse idoneo a dare la prova dei fatti costitutivi della domanda in quanto privo "dei documenti che avrebbero dovuto essere ad esso allegati stante il disposto del comma 3 dell'art. 8 del contratto" e che in mancanza di tali documenti la Corte d'appello non poteva "verificare la correttezza della diagnosi formulata dai sanitari e dei giudizi dai medesimi espressi riguardo al grado di invalidità permanente residuato all'assicurato".

La Corte d'appello ha dunque ritenuto irrilevanti le certificazioni depositate dall'attrice non tanto e non solo perché "meri indizi", ma anche perché ritenuti oggettivamente inidonei a fornire la prova. E questa ultima valutazione, avendo ad oggetto l'intrinseca efficacia probatoria di un documento, è insindacabile nella presente sede.

Peraltro, come questa Corte ha già avuto modo di affermare (Cass. Sez. L, Sentenza n. 5707 del 12/11/1984 (e tanto va ribadito in questa sede), "i certificati medici rilasciati da pubblici ufficiali fanno fede, fino a querela di falso, limitatamente ai fatti che il sanitario rogante attesta essere avvenuti alla sua presenza o essere stati da lui compiuti, mentre, per quanto riguarda la diagnosi (...), essi costituiscono elementi di convincimento liberamente valutabili dal giudice del merito, il quale può accogliere o rigettare un'istanza di ammissione di consulenza tecnica d'ufficio sulle circostanze controverse, senza che il relativo provvedimento possa essere censurato in sede di legittimità".

Nello stesso ordine di idee, Cass. n. 6045 del 11/05/2000 ha precisato che la fede privilegiata che va riconosciuta al certificato redatto da un medico convenzionato con l'INPS per il controllo della sussistenza delle malattie del lavoratore non si estende anche ai giudizi valutativi che il sanitario ha in quell'occasione espresso in ordine allo stato di malattia.

A quanto precede va aggiunto che il certificato di cui si discute non risulta essere stato rilasciato dalla Dott.ssa G. nella qualità di medico di famiglia della ricorrente convenzionato con il servizio sanitario, né la ricorrente ha specificato quando e in quali esatti termini ha dedotto tale qualità della Dott.ssa G. nel giudizio di merito, evidenziandosi che al riguardo la parte controricorrente ha eccepito la novità della deduzione di tale circostanza (v. controricorso, p. 19).

3. Col terzo motivo la ricorrente deduce che la Corte d'appello avrebbe pronunciato ultra petita, nella parte in cui ha ritenuto i documenti da lei prodotti in primo grado "inadeguati" a dimostrare l'avverarsi del rischio e la sua indennizzabilità.

Sostiene che tale "inadeguatezza" non era stata mai eccepita dalla controparte.

3.1. Il motivo è infondato.

La UnipolSai, costituendosi e negando esservi prova dell'esistenza della invalidità, ovvero della sua riconducibilità causale ad un sinistro indennizzabile a termini di polizza, aveva, con ciò solo, contestato la domanda attorea, e tanto bastava per ribaltare sull'attrice l'onere di dimostrare l'esistenza della malattia e dei postumi da essa derivati.

Lo stabilire poi se un documento dia o non dia idonea dimostrazione del fatto costitutivo della domanda o dell'eccezione è questione sottratta alla disponibilità delle parti, rimessa al prudente apprezzamento del giudice e insindacabile in sede di legittimità.

4. Col quarto motivo la ricorrente lamenta la violazione di quattro differenti norme sulla interpretazione del contratto, nonché dell'art. 35 codice del consumo.

Il motivo, seppur unitario, contiene plurime censure così riassumibili:

a) la Corte d'appello ha erroneamente ritenuto che i certificati medici prodotti dall'attrice fossero dei "meri indizi", nonostante nessuna clausola contrattuale imponeva all'assicurato di inviare all'assicuratore certificazione rilasciata da strutture pubbliche;

b) in ogni caso i suddetti certificati (tre, rilasciati da tre diversi medici) presentavano i requisiti della gravità, precisione e concordanza di cui all'art. 2729 c.c.;

c) poiché il contratto prevedeva, all'art. 9, la facoltà dell'assicuratore di compiere gli opportuni accertamenti medici sulla persona dell'assicurato, fu "irragionevole e contrario alle regole interpretative", da parte della Corte d'appello, pretendere dall'assicurato l'invio di documentazione che avesse l'efficacia dell'atto pubblico;

d) la Corte territoriale avrebbe ritenuto legittima l'inerzia della compagnia assicurativa a fronte delle iniziative e delle sollecitazioni dell'assicurata e in ogni caso fu condotta contraria a correttezza e buona fede quella della società assicuratrice, consistita nel non dare riscontro alcuno, nella fase stragiudiziale, alle richieste dell'assicurata.

4.1. Le censure sub (a) e (b) sono inammissibili perché, al di là della loro intitolazione formale, investono la valutazione delle prove.

Le censure sub (c) e (d) sono inammissibili perché non coerenti rispetto al contenuto della sentenza impugnata.

La Corte d'appello, infatti, non ha affatto affermato che, per contratto, l'assicurato fosse onerato dall'inviare all'assicuratore certificati medici rilasciati da strutture pubbliche e minuziosamente motivati.

La Corte d'appello ha rigettato la domanda per una ragione ben diversa, e cioè per avere ritenuto non dimostrato il fatto costitutivo della pretesa, vale a dire l'esistenza della invalidità e la sua derivazione causale dalla malattia.

5. Anche col quinto motivo la ricorrente prospetta plurime censure che possono essere così riassunte:

a) i certificati medici rilasciati da liberi professionisti non avrebbero potuto essere "svalutati" dalla Corte d'appello, in quanto anch'essi hanno una loro "imprescindibile validità probatoria"; inoltre uno dei certificato è stato redatto da un medico di famiglia e quindi da un pubblico ufficiale nell'esercizio delle sue funzioni, sicché fa "piena prova sino a querela di falso dei fatti materiali che il medico ha dichiarato di aver direttamente percepito quali le irreversibili condizioni patologiche (rectius: sintomatologia) e di invalidità della ricorrente";

b) i suddetti certificati rappresentavano comunque indizi significativi, e si sarebbero dovuti ritenere sufficienti per disporre una consulenza tecnica d'ufficio medico legale, dal momento che l'esistenza dell'invalidità e la sua derivazione causale dalla malattia non potevano essere provati dall'attrice con gli ordinari mezzi di prova;

c) fu irragionevole l'argomento utilizzato dalla Corte d'appello per negare l'ingresso alla consulenza d'ufficio (e cioè che, a causa del tempo trascorso, la consulenza si sarebbe dovuta svolgere solo sui documenti già prodotti in atti), perché, a tacer d'altro, tale argomento conduceva ad un effetto "premiante" nei confronti dell'assicuratore inadempiente.

5.1. Il motivo è inammissibile perché investe in parte la valutazione delle prove, ed in parte una scelta discrezionale riservata al giudice di merito ed insindacabile in sede di legittimità, come quella di disporre una consulenza tecnica d'ufficio; quanto al valore probatorio del certificato della Dott.ssa G. va qui ribadito quanto già in precedenza precisato.

Non viene in rilievo, inoltre, il principio invocato dalla ricorrente (per sé corretto), secondo cui il giudice di merito ha l'obbligo di disporre una consulenza tecnica quando quest'ultima costituisca l'unico mezzo per dimostrare il fatto costitutivo della domanda o dell'eccezione.

Nel caso di specie, infatti, la Corte d'appello ha rigettato l'istanza di consulenza tecnica d'ufficio sul presupposto che essa, quand'anche fosse stata disposta, null'altro avrebbe potuto accertare o chiarire, rispetto a quanto già acquisito agli atti: e va da sé che una consulenza tecnica d'ufficio, quand'anche costituisca teoricamente l'unico mezzo per acquisire la prova del fatto costitutivo della domanda, mai potrebbe essere disposta se ritenuta improduttiva di qualsiasi effetto utile.

Lo stabilire, poi, se nel caso di specie una consulenza tecnica d'ufficio poteva essere utile od inutile, è questione di puro fatto, riservata al giudice di merito ed insindacabile in sede di legittimità.

6. Con l'ultimo motivo la ricorrente censura la liquidazione delle spese compiuta dal giudice di merito.

Deduce che la Corte d'appello dopo aver affermato che la fase istruttoria "non era stata espletata", ha comunque liquidato ugualmente il compenso dovuto alla parte vittoriosa per la suddetta fase processuale.

Con una seconda censura deduce che erroneamente la Corte d'appello ritenne di accordare alla parte vittoriosa un compenso di Euro 4.860 per la "fase decisionale", nonostante questa non fu preceduta dal deposito di scritti difensivi e la discussione fu contenuta in uno spazio di soli 15 minuti complessivi.

6.1. La prima delle suesposte censure è infondata.

Sebbene non sia stata svolta la fase istruttoria, è stata comunque svolta la fase di trattazione, e per essa il compenso era comunque dovuto. Inammissibile è invece la seconda delle suesposte censure, in quanto lo stabilire se il compenso dovuto alla parte vittoriosa vada parametrato al minimo, al medio o al massimo della tariffa è valutazione di fatto riservata al giudice di merito.

7. Le spese del presente giudizio di legittimità seguono la soccombenza, ai sensi dell'art. 385 c.p.c., comma 1, e sono liquidate nel dispositivo. P.Q.M. (-) rigetta il ricorso;

(-) condanna D.C. alla rifusione in favore di Unipolsai Assicurazioni s.p.a. delle spese del presente giudizio di legittimità, che si liquidano nella somma di Euro 3.500, di cui 200 per spese vive, oltre I.V.A., cassa forense e spese forfettarie D.M. 10 marzo 2014, n. 55, ex art. 2, comma 2; (-) ai sensi del D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1 quater, dà atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte del ricorrente, di un ulteriore importo a titolo di contributo unificato, pari a quello previsto per il ricorso a norma dello stesso art. 13, comma 1-bis, se dovuto. Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio della Terza Sezione civile della Corte di cassazione, il 12 gennaio 2023. Depositato in Cancelleria il 24 marzo 2023