

REPUBBLICA ITALIANA
In nome del Popolo Italiano
LA CORTE D'APPELLO DI MILANO
Sezione quarta civile

nelle persone dei seguenti magistrati:
Alberto Massimo Vigorelli Presidente
Marianosa Busacca Consigliere rel. est.
Francesca Mammone Consigliere
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa iscritta al numero di ruolo generale n. xxxx/19, promossa in grado di appello

DA

MEDICO;

APPELLANTE

CONTRO

COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE;

APPELLATA

CONCLUSIONI DELLE PARTI

Per l'appellante

In via principale e nel merito: In accoglimento dell'appello proposto, riformare la sentenza appellata e, conseguentemente:

1. Accertare e dichiarare l'operatività delle polizze n omissis responsabilità civile e n. omissis spese legali e peritali stipulate dal dott. **MEDICO** con **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORATA**, oggi **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE**, per le cause di querela di falso affrontate dal Dott. **MEDICO** di cui in narrativa per tutti i motivi di fatto e diritto di cui in narrativa, e, per l'effetto,
2. condannare **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE**, già **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORATA**, al rimborso della somma di Euro 20.356,48 o di quella diversa maggiore o minore somma risultante all'esito dell'istruttoria.
3. - condannare **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE**, già **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORATA**, al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il presente giudizio per la mancata partecipazione senza giustificato motivo al procedimento di mediazione.

In ogni caso con vittoria di spese e compenso professionale di entrambi i giudizi e della fase di mediazione, oltre al 15% spese generali, IVA e CPA.

Con sentenza provvisoriamente esecutiva ex lege.

in via istruttoria: si ripropongono tutti i mezzi istruttori proposti nel primo grado e tutte le relative istanze limitatamente alle parti della sentenza impugnata.

Per l'appellata:

Voglia l'Ecc.ma Corte d'Appello adita, contrariis reiectis, così giudicare:

In via pregiudiziale: accertare e dichiarare ai sensi degli artt. 165 e 347 c.p.c. l'improcedibilità dell'appello proposto dal dott. **MEDICO** per la tardiva iscrizione a ruolo dello stesso per i motivi di cui in narrativa e per l'effetto disporre la cancellazione della presente causa dal ruolo con ogni conseguente declaratoria di legge in termini di passaggio in giudicato della sentenza n. xxx/2019.

Con vittoria di spese, diritti ed onorari di causa.

In via preliminare: accertare e dichiarare l'improponibilità e/o l'improcedibilità della domanda del Dott. **MEDICO** per i motivi esposti in narrativa. Con vittoria di spese e competenze di causa.

In via principale: rigettare l'appello proposto dal dott. **MEDICO** perché infondato in fatto ed in diritto e per l'effetto confermare la sentenza di primo grado, con vittoria di spese e competenze anche del presente giudizio.

In via subordinata: nella denegata e non creduta ipotesi di accoglimento, anche parziale, delle domande del dott. **MEDICO**, limitare la pretesa indennitaria a quanto risulterà rigorosamente provato in punto an e quantum debeatur, alle condizioni e nei limiti dei massimali delle garanzie assicurative prestate, al netto di ogni scoperto e franchigia e comunque nella misura ritenuta di giustizia.

Spese di lite quanto meno compensate.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

MEDICO, medico odontoiatra, conveniva innanzi al Tribunale di Busto Arsizio **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE**, già **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORATA**, esponendo che:

- era stato convenuto in altro giudizio da un proprio **PAZIENTE**, il quale aveva invocato la sua responsabilità professionale, chiedendo il risarcimento dei danni subiti a seguito di un'errata prestazione terapeutica;
- egli, costituendosi in giudizio, aveva proposto, in via riconvenzionale, domanda di condanna del paziente al pagamento del saldo del corrispettivo dovuto, azionando una scrittura privata (costituita dal modulo per la raccolta del consenso informato del paziente contenente anche la descrizione dell'intervento previsto e del relativo costo) che, tuttavia, veniva fatta oggetto di querela di falso da parte del paziente, il quale sosteneva di avere sottoscritto solo il modulo del consenso informato e non anche la parte relativa alla quantificazione del compenso dovuto al medico;
- il Tribunale aveva accolto la querela e disposto la cancellazione di quanto scritto a mano sul modulo impugnato, con sentenza che veniva confermata in sede di appello ed ormai definitiva;
- il giudizio principale, nell'ambito del quale era stata proposta in via incidentale la querela ed in cui il dott. **MEDICO** aveva chiamato in causa la Compagnia, facendo valere le due polizze con essa stipulate, rispettivamente, per la responsabilità civile e la tutela legale, proseguiva dunque sul diverso tema della responsabilità professionale e sul credito per il corrispettivo del medico, venendo infine definito con una conciliazione;
- all'esito **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE**, intervenuta nella conciliazione, liquidava in favore del medico esclusivamente le spese legali da questi sostenute nel procedimento di a.t.p. e nel giudizio ordinario principale, mentre rifiutava di liquidare le spese sostenute nel procedimento di querela di falso in quanto, essendo emerso il dolo dell'assicurato, la polizza non poteva ritenersi operante.

Ciò premesso, **MEDICO**, contestata l'esistenza del dolo, chiedeva al Tribunale adito la condanna della Compagnia al pagamento dell'indennizzo assicurativo per un ammontare di € 20.356,48.

COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE, costituendosi, eccepiva l'intervenuto giudicato in ordine alla regolazione delle spese legali tra l'attore e la convenuta, il carattere abusivo dell'azione intentata dall'attore, l'inoperatività delle polizze stipulate e invocate dal **MEDICO** stante l'accertato dolo dell'assicurato, la violazione dell'art. 1914 c.c. e dell'obbligo di salvataggio ivi previsto e, in via subordinata, l'applicazione dei limiti di massimale e delle franchigie previste, chiedendo in principalità il rigetto della domanda attorea.

Il Tribunale di Busto Arsizio, con la sentenza qui impugnata, rigettava la domanda, condannando **MEDICO** a rimborsare alla Compagnia le spese di lite.

Avverso tale pronuncia ha proposto appello, in questa sede, **MEDICO**, che ne ha chiesto la riforma, mentre **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE**, costituendosi in giudizio, ha eccepito l'improcedibilità del gravame e ne ha chiesto il rigetto.

Precisate le conclusioni, come in epigrafe trascritte, e decorsi i termini assegnati alle parti per il deposito degli scritti conclusionali, la causa è stata decisa nel corso dell'odierna camera di consiglio.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Sulle eccezioni di improcedibilità del gravame sollevate dalla parte appellata

Tali eccezioni, che per evidenti ragioni di logica devono essere esaminate in via preliminare, non risultano fondate.

COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE deduce, anzitutto, la tardività dell'iscrizione a ruolo del gravame, in quanto avvenuto il 23.9.2019, oltre il termine di dieci giorni - previsto dall'art. 165 c.p.c.- dalla notifica dell'atto di citazione in appello, eseguita a mezzo PEC il 12.9.2019, e ne chiede pertanto la cancellazione.

Detto termine, tuttavia, risulta in concreto rispettato, in quanto, il 22.9.2019 era domenica, sicché l'avvenuta iscrizione a ruolo il lunedì 23.9.2019, giorno successivo non festivo, non può ritenersi tardiva, dovendosi applicare l'art. 155, co. 4, c.p.c. anche al termine per la costituzione in appello - previsto dall'art. 165 c.p.c.- in virtù dell'espresso rinvio contenuto nell'art. 347 c.p.c.: la disciplina del computo dei termini di cui all'art. 155 c.p.c., commi 4 e 5, che proroga di diritto, al primo giorno seguente non festivo, il termine che scade in un giorno festivo o di sabato, si applica, per il suo carattere generale, a tutti i termini, anche perentori contemplati dal codice di rito (cfr. Cass. n. 21925/2021).

Parimenti priva di fondamento appare l'eccezione preliminare sollevata da **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE**, in ordine all'improcedibilità della domanda dell'appellante per intervenuto giudicato sul capo relativo alla regolazione delle spese di lite nel procedimento per querela di falso intercorso tra **MEDICO, PAZIENTE e COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE**, in cui il Tribunale ha condannato l'odierno appellante a rifondere le spese al querelante.

E' infatti evidente che la domanda proposta nel presente giudizio non è stata, in alcun modo, oggetto di quel procedimento, come del resto riconosce la stessa appellata allorché, poco dopo, lamenta l'abuso dello strumento processuale da parte di **MEDICO**, per non avere questi sottoposto la domanda di rifusione delle spese legali ex polizza già in seno alla procedura per querela di falso, in modo da evitare l'instaurazione anche del presente giudizio.

Anche quest'ultima deduzione non merita condivisione, in quanto alle ragioni di concentrazione processuale invocate dall'appellata possono essere contrapposte quelle di una celere definizione del giudizio introdotto con la querela di falso, il quale, in ogni caso, non tollera la proposizione di altre domande (cfr. Cass. n. 13190/2006).

SUI MOTIVI DI APPELLO

Venendo al merito del gravame, nessuno dei motivi che lo sorreggono risulta fondato, come emerge dalle seguenti considerazioni.

Con il primo, secondo e quarto motivo di appello, **MEDICO** censura la pronuncia impugnata per aver il Giudice di prime cure, erroneamente valutando i fatti di causa, ritenuto accertato in capo all'appellante il dolo nella falsificazione del documento oggetto di querela e, in applicazione dell'art. 1900 c.c., escluso l'operatività delle polizze assicurative per la copertura delle spese legali sostenute nel predetto procedimento, omettendo di pronunciarsi sulle restanti condizioni contrattuali.

Tali doglianze, in quanto attinenti a motivi strettamente connessi tra loro ed in parte sovrapponibili, possono essere trattate unitariamente, censurando essi la seguente parte della sentenza impugnata (pag. 4):

“L'indennizzo delle spese legali relative alla causa avente ad oggetto la querela di falso, promossa nei confronti dell'odierno attore, non può infatti essere riconosciuto atteso che l'evento assicurato, ovvero l'esborso di denaro conseguente al predetto giudizio, scaturisce dal dolo dell'assicurato, risultando integrata l'ipotesi di cui all'art. 1900, 1° comma, c.c., secondo cui l'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo (o da colpa grave) del contraente.

L'esame delle sentenze, di primo e secondo grado, che hanno pronunciato sulla querela, denotano come, nello specifico, si sia trattato di un caso di riempimento abusivo (absque pactis) del documento impugnato.” (...) “*Il MEDICO riempiva arbitrariamente il modulo del consenso informato apponendovi scritture non approvate dal paziente e in ciò risiedeva la falsità del documento accertata dal Tribunale di Milano.*

Tale riempimento abusivo non può che implicare una condotta dolosa dell'autore, il quale ha evidentemente confezionato un documento facendo apparire una volontà negoziale del proprio assistito, in realtà inesistente. L'accoglimento della querela, dunque, non dipende dalla semplice ignoranza del contenuto del documento sottoscritto dal paziente ma dalla falsificazione materiale del

documento stesso e tale falsificazione è intrinsecamente frutto di un'azione dolosa. Che la stessa sia stata posta in essere da terzi è ipotesi non suffragata dalla deduzione di alcun mezzo istruttorio, da parte dell'attore, che possa provarlo. Né sono state allegare circostanze concrete che possano indurre a ritenere il riempimento abusivo frutto di una condotta solo colposa o di un mero errore, avendo l'attore sempre e solo sostenuto che il documento impugnato fosse del tutto veridico e mai allegando l'esistenza di patti sul riempimento accertato".

L'appellante sostiene, in particolare, che il giudicato civile relativo al falso materiale non comporti l'avvenuto accertamento di una propria condotta dolosa, che mai è stata oggetto di alcun giudizio civile o penale, né potrebbe essere provata dal procedimento di querela di falso, con conseguente inoperatività dell'art. 1900 c.c..

Con riguardo a tale ultimo profilo, l'appellante deduce altresì che tale norma si applicherebbe esclusivamente alle assicurazioni contro i danni e non anche alle assicurazioni per la responsabilità civile e per la tutela legale, quali sono quelle in essere con la Compagnia appellata, le cui condizioni non escludono la querela di falso dal novero dei rischi assicurati, cosicché la copertura delle relative spese di giustizia- in difetto della prova del dolo- non incontra alcuna limitazione nella previsione dell'art. 1900 c.c.

Ciò posto, deve osservarsi che nel caso di specie risulta accertata -con sentenza passata in giudicato- la falsità materiale documentale, consistita nell'abusivo riempimento absque pactis di un preventivo di spesa, apposto al modulo di consenso informato, non autorizzato dal paziente.

Atteso che nel presente giudizio devono essere acquisite come definitive, in virtù dell'intervenuto giudicato, le valutazioni svolte dai giudici della querela, occorre rilevare che, come chiarito anche dalla giurisprudenza di legittimità, il riempimento abusivo absque pactis consiste in una falsità materiale realizzata trasformando il documento in qualcosa di diverso da quel che era in precedenza (cfr. Cass. n. 899/2018 e n. 13831/2019): orbene, le modalità realizzative di tale falsità postulano, nel caso concreto, la volontà e la rappresentazione, da parte del soggetto agente, di porre in essere una modificazione del contenuto documentale, ossia, per usare le parole del primo Giudice, la falsificazione, come accertata, "è intrinsecamente frutto di un'azione dolosa".

Così decidendo, il Tribunale non ha affatto affermato, come lamenta infondatamente l'appellante, che nel procedimento per querela di falso sia stato ritenuto il suo dolo, bensì che, accertata definitivamente, in quel procedimento, la falsità del preventivo, essa non può che essere frutto di un'azione dolosa, necessariamente ascrivibile a **MEDICO**, per le ragioni indicate nella sentenza (connesse non solo alle modalità della falsificazione, ma anche alla mancanza allegazione e prova di elementi volti a dimostrare che la condotta fosse ascrivibile a terzi o fosse frutto di colpa od errore): motivazioni, queste, con cui l'appellante non si confronta, non avendo egli, anche nel procedimento per querela di falso, mai ipotizzato che la falsificazione potesse essere frutto dell'opera di terzi, di colpa o di errore, sostenendo, anzi, che tra le parti sussisteva un preventivo accordo, escluso invece dalle sentenze di primo e secondo grado (cfr. docc. 2.4. e 2.5 fasc. **MEDICO**), il cui accertamento è divenuto definitivo.

Ciò posto, **MEDICO** fonda la richiesta di rimborso delle spese legali sostenute nei giudizi di querela sulle seguenti polizze assicurative:

- n. omissis (doc. 2.6 fasc. appellante), polizza per la responsabilità civile del professionista, la quale prevede, nelle clausole aggiuntive, l'estensione della garanzia "alla copertura delle spese legali e peritali sia in sede giudiziale che extragiudiziale che l'assicurato dovesse sostenere a seguito di un sinistro indennizzabile a termine della presente polizza e alla pronuncia della sentenza definitiva":

- n. omissis (doc. 2.7 fasc. appellante), stipulata per la copertura per "Spese di giustizia nel processo penale e civile";

entrambi i contratti, per gli aspetti negoziali non espressamente disciplinati dalle rispettive clausole, contengono un espresso rinvio alle norme di legge (cfr., rispettivamente, artt. 13 e 12).

In virtù di tale rinvio e dimostrata, alla luce della considerazioni sopra esposte, la condotta dolosa posta in essere da **MEDICO**, deve ritenersi esente da censure la decisione del Tribunale che ha escluso l'operatività, ai fini del rimborso delle spese sostenute da **MEDICO** nei giudizi di querela di falso, delle polizze suddette in applicazione della disciplina codicistica, ed in particolare dell'art. 1900 c.c., secondo cui l'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo (o dal colpa grave) del contraente, dell'assicurato o del beneficiario (salvo patto contrario per i soli casi di colpa grave).

Deve aggiungersi che, in conformità a tale norma generale (il cui tenore non giustifica le esclusioni pretese dall'appellante), la seconda polizza esclude dalla copertura, espressamente, "le spese per controversie derivanti dai fatti dolosi dell'assicurato" (art. 14).

Né risultano pertinenti le doglianze mosse dall'appellante in ordine alla circostanza che nessuno dei contratti conteneva esplicite esclusioni relative ai procedimenti per querela di falso, atteso che le valutazioni espresse sulla condotta dolosa dell'assicurato assorbono ogni considerazione in ordine all'ambito di operatività delle restanti condizioni negoziali sottoscritte dalle parti.

Parimenti destituito di fondamento risulta il terzo motivo di gravame con il quale l'appellante censura la sentenza di primo grado per avere il Tribunale valutato l'esistenza di un preventivo, diverso ed ulteriore rispetto a quello fatto oggetto della querela di falso, e non oggetto di contestazione tra le parti, laddove invece il preventivo era uno soltanto.

Il riferimento pare essere alla seguente parte della sentenza (pag. 4):

"L'esame delle sentenze, di primo e secondo grado, che hanno pronunciato sulla querela, denotano come, nello specifico, si sia trattato di un caso di riempimento abusivo (*absque pactis*) del documento impugnato. È stato accertato che le parti avevano sottoscritto un primo preventivo recante una quantificazione del corrispettivo del trattamento medico molto minore e risulta che tale preventivo non sia stato oggetto di alcuna contestazione.

Il secondo preventivo, successivo, quantificava il corrispettivo in misura superiore e veniva contestato in quanto il paziente assumeva di avere sottoscritto solo la parte relativa al consenso informato, essendo la parte recante il nuovo preventivo frutto di un'aggiunta postuma ed arbitraria del medico".

Il riferimento è, pertanto, alle decisioni che hanno accolto la querela di falso, le quali pongono a confronto i due documenti, riguardanti il preventivo delle cure, prodotti in giudizio rispettivamente dal paziente e dal professionista, affermando che essi sono incompatibili e, dunque, "o è genuino l'uno o è genuino l'altro" (pag. 6 della sentenza di primo grado sulla querela, cfr. citato doc. 2.4), valutando falso quello prodotto da **MEDICO**.

Ne consegue che nessuna censura può essere mossa all'operato del primo Giudice, laddove si è limitato a richiamare le considerazioni che hanno portato all'accoglimento della querela di falso.

Non meritevole di accoglimento risulta altresì il quinto, ed ultimo, motivo di gravame, con cui l'appellante censura la pronuncia impugnata per avere il Tribunale ommesso di pronunciarsi in merito alla domanda sulla condanna di **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE**, proposta ex art.8, comma 4 bis, D.Lgs. n.28/2010, "al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di una somma di importo corrispondente al contributo unificato dovuto per il presente giudizio per la mancata partecipazione senza giustificato motivo al procedimento di mediazione".

Tale motivo risulta inammissibile per mancanza di interesse dell'appellante all'impugnazione, non potendo egli conseguire, dall'eventuale accoglimento di esso, alcuna utilità, trattandosi di somma destinata al bilancio dello Stato.

Il principio contenuto nell'art. 100 c.p.c., secondo cui per proporre una domanda o per resistere ad essa è necessario avervi interesse, si applica, infatti, anche al giudizio di impugnazione, in cui l'interesse ad impugnare una sentenza o un capo di essa va desunto dall'utilità giuridica che dall'eventuale accoglimento del gravame possa derivare alla parte che lo propone e non può consistere in un mero interesse astratto ad una più corretta soluzione di una questione giuridica, non avente riflessi sulla decisione adottata e che non spieghi alcuna influenza in relazione alle domande o eccezioni proposte (cfr. Cass. n. 12637/2008, n. 28307/2020 e n. 3991/2020).

Quanto al riferimento (del tutto generico) alla mancata condanna di **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE** alle spese di mediazione, deve osservarsi che la Compagnia è risultata totalmente vittoriosa nel giudizio e che la mancata ripetizione delle spese sostenute dalla parte vincitrice è prevista per la sola ipotesi, non ricorrente nel caso concreto, del rifiuto della proposta del mediatore quando il provvedimento che definisce il giudizio corrisponda interamente al contenuto della medesima proposta, secondo quanto previsto dall'art. 13, comma 1, del d. lgs. n. 28 del 2010.

Deve essere, infine, dichiarata l'inammissibilità delle istanze istruttorie non accolte dal Tribunale e genericamente riproposte da parte appellante nelle conclusioni, sia perché documentali, generiche ed irrilevanti ai fini del decidere, sia perché, prima ancora, non sorrette da un motivo d'appello e richieste nel silenzio circa la loro idoneità a modificare l'esito del giudizio

L'appello, dunque, non può trovare accoglimento.

Le spese processuali seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo, tenuto conto della natura e del valore della controversia, dell'attività difensiva prestata e della complessità media delle questioni trattate, senza compensi per istruttoria, non svolta nel presente grado.

Ricorrono infine i presupposti per il versamento, da parte dell'appellante, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato di cui all'art. 13, comma 1-quater, DPR 115/2002.

P.Q.M.

La Corte, definitivamente pronunciando nel contraddittorio delle parti, disattesa ed assorbita ogni diversa istanza ed eccezione, così provvede:

- rigetta l'appello proposto da **MEDICO** avverso la sentenza n. xxxx/2019 emessa dal Tribunale di Busto Arsizio in data 12.02.2019 e pubblicata in pari data, che, per l'effetto, conferma;
- condanna l'appellante **MEDICO** al pagamento delle spese del presente grado in favore dell'appellata **COMPAGNIA ASSICURATIVA INCORPORANTE**, che si liquidano in € 3.500,00 per compensi professionali, oltre al 15 per cento per rimborso spese generali, IVA se dovuta e CPA come per legge;
- dichiara la sussistenza dei presupposti per il versamento, a carico dell'appellante, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato a norma del dell'art. 13, comma 1 quater, DPR 115/2002.

Così deciso in Milano, in data 8.6.2022.

Il Consigliere est.
Marianosa Busacca

Il Presidente
Alberto Massimo Vigorelli

**Il presente provvedimento è stato modificato nell'aspetto grafico, con l'eliminazione di qualsivoglia riferimento a dati personali, nel rispetto della normativa sulla Privacy*

EX PARTE