

15703/21



**ORIGINALE**

90

*l. v. e. i.*

**LA CORTE SUPREMA DI  
CASSAZIONE**

Oggetto

ASSICURAZIONE  
VITA

**TERZA SEZIONE CIVILE**

R.G.N. 5094/2019

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Cron. 15703

Dott. FRANCO DE STEFANO - Presidente -

Rep.

Dott. ANTONELLA DI FLORIO - Consigliere -

CC 12/02/2021

- Rel.

Dott. DANILO SESTINI

Consigliere -

LUIGI

Dott. - Consigliere -

ALESSANDRO SCARANO

Dott. GIUSEPPE CRICENTI - Consigliere -

ha pronunciato la seguente

**ORDINANZA**

sul ricorso 5094-2019 proposto da:

MARSILE CLAUDIA, elettivamente domiciliata in  
GORGONZOLA, VIA MATTEOTTI n. 48, presso lo  
studio dell'avvocato NORBERTO ARGENTO, che la  
rappresenta e difende;

- **ricorrente** -

2021

**contro**

540

GENERALI ITALIA SPA, elettivamente  
domiciliato in ROMA, VIA CARLO MIRABELLO N.

17, presso lo studio dell'avvocato MAURIZIO FUGGITTI, che la rappresenta e difende;

- **controricorrente** -

avverso la sentenza n. 4172/2018 della CORTE D'APPELLO di MILANO, depositata il 19/09/2018;

udita la relazione della causa svolta nella camera di consiglio del 12/02/2021 dal Consigliere Dott. DANILO SESTINI;

Rilevato che:

Claudia Marsile convenne in giudizio l'Ina Assitalia s.p.a. per sentirla condannare al pagamento della somma di 80.000,00 euro a fronte di un'assicurazione sulla vita stipulata in suo favore dal marito Giorgio Ordesi, che era deceduto in data 26.11.2009;

la convenuta resistette alla domanda e chiese, in via riconvenzionale, l'annullamento della polizza ai sensi dell'art. 1892 c.c., per avere l'Ordesi reso dichiarazioni non veritiere e reticenti sulle proprie condizioni di salute;

all'esito dell'espletamento di una c.t.u. medico-legale, l'attrice propose querela di falso in relazione alla sottoscrizione del questionario sanitario annesso alla polizza;

il Tribunale autorizzò la presentazione della querela e provocò l'intervento del P.M.;

all'esito di una c.t.u. grafologica, il Tribunale di Lodi pronunciò sentenza con cui accertò "la falsità del questionario", rigettando la riconvenzionale della compagnia assicuratrice, e, in accoglimento della domanda dell'attrice, condannò l'Ina Assitalia al pagamento della somma di 80.000,00 euro, oltre accessori e spese legali, disponendo anche la condanna al risarcimento dei danni ai sensi dell'art. 96 c.p.c.:

provvedendo sul gravame della assicuratrice, la Corte di Appello di Milano ha ammesso la prova per testi già richiesta dall'appellante in primo grado e ha pronunciato sentenza con cui, in totale riforma della pronuncia impugnata, ha rigettato la querela di falso proposta dalla Marsile e ha annullato la polizza assicurativa, rigettando pertanto la domanda di pagamento proposta dalla medesima Marsile; ha inoltre compensato le spese di lite, salvo porre a carico dell'attrice le spese delle due consulenze tecniche espletate in primo grado.

ha proposto ricorso per cassazione la Marsile, affidandosi a tre motivi; ha resistito, con controricorso illustrato da memoria, la Generali Italia s.p.a. (già Ina Assitalia s.p.a.).

Considerato che:

il primo motivo denuncia la violazione o falsa applicazione dell'art. 1892 c.c., nonché «insufficiente e contraddittoria motivazione su un punto decisivo della controversia»: la ricorrente contesta alla Corte di non aver tenuto conto che, nel febbraio 2009, quando stipulò la polizza, l'Ordesi era già coperto da altra polizza (per l'importo di oltre 150.000,00 euro) a garanzia di un mutuo e che «non avrebbe avuto alcun senso che Ordesi, temendo di essere affetto da qualche grave malattia, avesse disdetto la polizza con un massimale più alto, stipulata in epoca non sospetta (9.1.2007), per concludere nel febbraio 2009, un nuovo contratto con premio dimezzato»; ribadita l'«assoluta buona fede del dott. Ordesi e la sua certezza di essere in buona salute», dato che la prognosi infausta venne formulata solo nell'aprile 2009, richiama il principio espresso da Cass. n. 13604/2011 ed evidenzia che dalla stessa c.t.u. medico-legale emergeva che «nel febbraio 2009 non era stata effettuata alcuna diagnosi certa e il soggetto non poteva pertanto sapere di essere affetto da un letale angioepatosarcoma»;

il motivo è inammissibile nella parte in cui deduce il vizio motivazionale in termini (di «insufficiente e contraddittoria motivazione») non più consentiti dal nuovo testo dell'art. 360, n. 5 c.p.c.;

è parimenti inammissibile la censura deducibile la violazione o falsa applicazione dell'art. 1892 c.c., giacché l'illustrazione del motivo non evidenzia errori di diritto, ma si limita ad argomentare nel senso della buona fede dell'Ordesi, sollecitando -sul punto- un non consentito nuovo apprezzamento di merito di segno opposto a quello compiuto dalla Corte territoriale;

né risulta pertinente il richiamo a Cass. n. 13604/2011 («in tema di assicurazione sulla vita, non può ritenersi reticente, per i fini di cui all'art. 1892 cod. civ., la condotta dell'assicurato che al momento della stipula del contratto sottaccia all'assicuratore l'esistenza di sintomi ritenuti dai medici, in quel momento, ambigui, aspecifici e comunque

non allarmanti, a nulla rilevando che in prosieguo di tempo emerga che quei sintomi erano provocati da una grave malattia, non accertabile al momento della stipula del contratto se non attraverso specifici e particolari esami»), giacché -come evidenziato dalla Corte di Appello- l'Ordesi non è stato reticente sull'esistenza di meri sintomi, bensì sull'effettuazione di almeno tre accertamenti strumentali (tac addome del 30.10.2008, che aveva rilevato la presenza di alterazioni epatiche di non univoca interpretazione; risonanza addome del 10.11.2008 da cui risultavano "parenchima epatico disomogeneo" e "multiple alterazioni di segnale" in sede epatica; ecografia addominale del 5.12.2008 che confermava «la presenza nel contesto del parenchima epatico di alcune alterazioni focali») che - ancorché orientanti, in prima ipotesi, per l'esistenza di angiomi- non avrebbero consentito all'Ordesi di escludere di soffrire di lesioni all'apparato digerente e di non segnalare di avere eseguito accertamenti diagnostici al riguardo, cosicché appare corretta la conclusione della Corte che «l'assicurando, nel rispondere al puntuale questionario sanitario predisposto dalla Compagnia, ha fornito un quadro inveritiero delle sue condizioni di salute, sottacendo sia l'esistenza di una patologia già diagnosticatagli sia di essere in procinto di effettuare ulteriori esami», a nulla rilevando «che la diagnosi precisa della malattia che l'ha condotto alla morte sia stata formulata solo in epoca di poco successiva alla compilazione del questionario»;

il secondo motivo denuncia «decadenza termini per articolazione mezzi istruttori. Violazione o falsa applicazione dell'art. 183, 6 comma c.p.c., 222 c.p.c. e 345 c.p.c., 3 comma, in relazione all'art. 360 n. 3 per aver assunto una prova costituenda, dedotta fuori termine»: la ricorrente lamenta che la Corte abbia ammesso la prova per testi su un capitolo che era stato articolato dalla compagnia assicuratrice dopo che il Tribunale aveva ammesso la presentazione della querela; assume che, per quanto l'art. 221 c.p.c. nulla disponga in ordine alle decadenze processuali poste a carico della parte convenuta, tuttavia doveva

ritenersi che, ai sensi dell'art. 222 c.p.c., «non sussiste soluzione di continuità tra l'autorizzazione alla proposizione della querela e l'ammissione dei mezzi istruttori», cosicché il termine ultimo in cui Assitalia avrebbe potuto articolare le proprie richieste istruttorie, relativamente al procedimento incidentale di querela, coincideva con l'udienza in cui il giudice di primo grado aveva autorizzato la compagnia assicuratrice al deposito di note scritte a verbale, mentre ogni successiva deduzione era da ritenersi «preclusa perché articolata fuori dai termini perentori concessi per l'assunzione dei mezzi istruttori»; conclude pertanto che «il capitolo di prova dedotto da Assitalia, successivamente alla decisione del giudice di ammettere la querela di falso [... era] inammissibile» .

il motivo è infondato: esclusa la possibilità di applicare la previsione dell'art. 183, 6° co. c.p.c. (tanto più che la querela di falso è stata proposta, in via incidentale, dopo l'espletamento della c.t.u. medico-legale, ossia in un momento in cui era stato ampiamente superato lo sbarramento dell'art. 183 c.p.c.), deve rilevarsi che né l'art. 221 c.p.c. né l'art. 222 c.p.c. prevedono termini perentori per la proposizione di istanze istruttorie e deve dunque ritenersi che, nell'ambito di un sub-procedimento sostanzialmente deformalizzato come quello di querela di falso incidentale, non sussista decadenza dalla possibilità di articolare mezzi di prova, fatta salva la necessità che non sia leso il diritto delle altre parti alla controprova;

il terzo motivo denuncia la violazione o falsa applicazione dell'art. 246 c.p.c., nonché «insufficiente e contraddittoria motivazione su un punto decisivo della controversia»: premesso che i due agenti assicurativi assunti come testimoni «non avrebbero mai potuto dichiarare di non essersi fatti firmare il questionario medico da Ordesi o di aver falsificato la firma», la ricorrente assume che «la Corte incorre in una palese violazione quando afferma che non ci sono elementi concreti per poter sostenere l'inattendibilità dei testimoni», tenuto conto, al contrario, che «l'interesse di Zucchelli e Bandirali è evidente perché una differente

versione dei fatti avrebbe giustamente pregiudicato la loro carriera e li avrebbe esposti al rischio di un procedimento penale»;

il motivo, inammissibile nella parte in cui prospetta un vizio di motivazione in termini non conformi al nuovo testo dell'art. 360, n. 5 c.p.c. (applicabile *ratione temporis*), è parimenti inammissibile laddove denuncia la violazione di cui all'art. 246 c.p.c.: esclusa, infatti, la ricorrenza di un interesse -personale, concreto ed attuale- dei testi che avrebbe potuto legittimare la loro partecipazione al giudizio, la contestazione della loro attendibilità investe un apprezzamento di merito che non è demandabile al giudice di legittimità;

l'esito alterno dei giudizi di merito e la novità della questione dedotta col secondo motivo integrano gravi ragioni per la compensazione delle spese di lite, ai sensi dell'art. 92, 2° co. c.p.c., nel testo risultante dalle modifiche introdotte dalla l. n. 69/2009 (applicabile *ratione temporis*);

sussistono le condizioni per l'applicazione dell'art. 13, comma 1 quater del D.P.R. n. 115/2002.

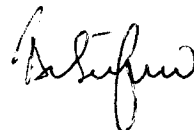
### **P.Q.M.**

La Corte rigetta il ricorso e compensa le spese di lite.

Ai sensi dell'art. 13 comma 1-quater del D.P.R. n. 115 del 2002, dà atto della sussistenza dei presupposti processuali per il versamento, da parte della ricorrente, 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, se dovuto.

Roma, 12.2.2021

Il Presidente



DEPOSITATO IN CANCELLERIA

0557 14 GIU 2021



Il Funzionario Giudiziario  
Luca PASINETTI

