

Fatto

Con atto di citazione del 28 maggio 1997 il signor S.A. conveniva davanti al Pretore di Padova la s.p.a. Assicurazioni Generali per ottenere la sua condanna al pagamento dell'indennizzo spettantegli in base alle polizze di assicurazione stipulate (nel ramo infortuni e malattia) con decorrenza dal gennaio 1996.

Deduceva il S. che il (OMISSIS) era caduto riportando un trauma contusivo all'apparato dentario cui era seguito un intervento di chirurgia implantare.

Richiesta di corrispondere l'indennizzo l'assicurazione aveva contestato l'indennizzabilità dell'affezione riportata perchè rientrante nella esclusione di cui all'art. 4, comma 3, delle condizioni generali di assicurazione (esclusione dell'indennizzo per cure dentarie, protesi dentarie, paradentopatie).

Il S. riteneva invece che l'intervento, in quanto causato dall'infortunio occorsogli (e non dovuto quindi a esigenze estetiche o al normale invecchiamento dell'apparato dentario), era indennizzabile. Chiedeva pertanto la condanna della assicurazione convenuta al pagamento della somma di L. 8.500.000, a titolo di indennizzo.

Si costituiva la spa Assicurazioni Generali ed eccepiva la improponibilità della domanda in relazione alla clausola di deferimento delle controversie, di natura medica, relativa all'indennizzabilità dei sinistri, a un collegio arbitrale di tre medici. Nel merito ribadiva la non indennizzabilità dell'infortunio, e delle cure mediche conseguenti, in quanto la polizza infortuni non comprendeva una clausola di rimborso spese e la polizza malattie escludeva dall'indennizzo le protesi dentarie nonchè le cure dentarie e delle paradentopatie.

Con sentenza del 15 aprile 1999 il Pretore di Padova dichiarava la improponibilità della domanda.

Sull'appello del S. la Corte di appello di Venezia, con sentenza del 17 aprile - 7 ottobre 2002, riformava la sentenza impugnata e, pur ritenendo proponibile la domanda del S., la respingeva ritenendo che l'art. 13, lett. m) del contratto di assicurazione esclude l'indennizzabilità di qualsiasi cura dentaria indipendentemente dalla causa che la rende necessaria.

La Corte compensava le spese di entrambi i gradi del giudizio.

Ricorre per cassazione S.A. affidandosi a due motivi di ricorso.

Si difende controricorso la spa Assicurazioni Generali.

Diritto

Va preliminarmente rilevato che il ricorso è stato notificato in data 21 novembre 2003 e depositato, in seguito ad invio a mezzo posta, in data 11 dicembre 2003. Deve pertanto ritenersi che il termine di venti giorni previsto dall'art. 369 c.p.c., sia stato rispettato a nulla rilevando la circostanza dell'iscrizione a ruolo successiva e cioè il 5 gennaio 2004.

Con il primo motivo di ricorso il S. deduce la violazione degli artt. 1362 - 1371 c.c., e la insufficiente e contraddittoria motivazione circa la mancata distinzione, nell'interpretazione dell'art. 4, comma 3, lett. m), della polizza malattie, tra cure e protesi dentarie dovute a infortunio e cure e protesi dentarie dovute a malattia. Il ricorrente si rifà in particolare a quanto ritenuto in una fattispecie analoga alla presente dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 5621 del 26 giugno 1987.

Con il secondo motivo di ricorso il S. deduce la violazione degli artt. 1362 e 1371 c.c., e la insufficiente e contraddittoria motivazione. Lamenta in particolare il ricorrente che la Corte di appello, pur avendo correttamente richiamato la disposizione contrattuale che prevede la indennizzabilità degli interventi di chirurgia plastica resi necessari da infortuni, ha escluso il rilievo di tale disposizione sull'erroneo presupposto che l'intervento cui fu sottoposto il S. deve qualificarsi di chirurgia ricostruttiva e non plastica.

I due motivi vanno trattati congiuntamente per la loro connessione logica e giuridica.

Essi debbono ritenersi fondati in quanto la Corte di appello nel decidere la controversia non si è attenuta al principio sancito da questa Corte (Cassazione civile sezione 1^a, n. 5621 del 26 giugno 1987), in un caso del tutto analogo al presente, secondo cui "Le clausole di polizza, che delimitino il rischio assicurato, ove inserite in condizioni generali su modulo predisposto dall'assicuratore, sono soggette al criterio ermeneutico posto dall'art. 1370 cod. civ., e, pertanto, nel dubbio, devono essere intese in senso sfavorevole all'assicuratore medesimo".

Nella specie, decisa con la sentenza n. 5621/1987, il contratto di assicurazione dai rischi di malattia ed infortunio prevedeva il rimborso delle spese da interventi chirurgici ambulatoriali ma escludeva dalla copertura le cure dentarie e paradentarie e i Giudici del merito avevano negato l'indennizzabilità di operazioni di chirurgia paradentale e gengivale, rese necessarie in conseguenza di infortunio. La cassazione della sentenza di merito è stata disposta per inadeguatezza dell'indagine sulla volontà dei contraenti, secondo le regole fissate dall'art. 1362 c.c., e ss., e, in particolare, per la violazione del criterio di cui all'art. 1370 c.c..

Anche sotto il profilo della idoneità della motivazione la disamina delle clausole contrattuali compiuta dalla Corte di appello di Venezia appare insufficiente perchè limitata a un riscontro testuale della volontà delle parti che non tiene conto di due profili rilevanti.

Il primo attiene proprio alla ratio della esclusione delle cure e protesi dentarie. Il secondo concerne la possibilità di considerare o meno operante tale disposizione, che esclude l'indennizzabilità delle cure e protesi dentarie, indipendentemente dalla causa che le ha rese necessarie.

Tale valutazione si rende ineludibile anche in rapporto alla parallela esclusione, nei contratti di assicurazione, dell'indennizzabilità degli interventi di chirurgia plastica solo se non resi necessari da un infortunio.

E' vero infatti che, con riguardo a quest'ultimo profilo di interpretazione del contratto, ci si trova di fronte nei due casi ad un criterio comune di lettura, costituito dall'eccezionalità dell'evento e dalla sua estraneità alla libera determinazione dell'assicurato.

Criterio che impone una valutazione in ordine al possibile significato da attribuire alla espressione "indipendentemente dalla causa che le rende necessarie" che potrebbe essere riferita ai diversi tipi di patologia che possono condurre alla prestazione di cure mediche dentarie.

Tale valutazione deve confrontarsi altresì con la ratio dell'esclusione, da parte della parte contrattuale predisponente, delle protesi e cure dentarie e con il raffronto della parallela esclusione degli interventi di chirurgia plastica. In particolare deve essere valutato se il presumibile criterio di eliminazione di una sovraesposizione del rischio assicurato, dipendente dalla inclusione fra gli eventi indennizzabili di protesi e cure dentarie e di interventi di chirurgia plastica, che si caratterizzano per il loro costo economico, non tolleri in entrambi i casi una maggiore copertura assicurativa quando interventi di chirurgia plastica e cure dentarie dipendano e siano rese necessarie da un infortunio. In questo quadro va quindi verificato, come si è detto, se l'espressione sopra riportata non possa essere ristretta alla ipotesi in cui le protesi e cure dentarie siano dipendenti da malattia.

Per compiere tale analisi della disciplina contrattuale la sentenza impugnata va cassata con rinvio alla Corte di appello di Venezia in diversa composizione che deciderà anche in merito alle spese del giudizio di cassazione.

P.Q.M.

La Corte accoglie il ricorso cassa la sentenza impugnata e rinvia alla Corte di appello di Venezia in diversa composizione anche per le spese del giudizio di cassazione.

Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio del 24 ottobre 2007.

Depositato in Cancelleria il 17 gennaio 2008