



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI CATANIA

La dott. Gaia Di Bella, Giudice della V sezione civile del Tribunale di Catania, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. r.g. 3299/2021 promossa da:

Parte_1 (C.F. *C.F._1*), rappresentata e difesa, giusta procura in atti,
dall'avv. FRANCHINA FRANCESCO

ATTORE

contro

Controparte_1 (C.F. *P.IVA_1*), in persona del legale rappresentante pt,
rappresentato e difeso, giusta procura in atti, dall'avv. NAPOLITANO FRANCESCO

CONVENUTA

Avente ad oggetto: polizza assicurativa

All'udienza del 26.3.2026 la causa veniva assunta in decisione sulle conclusioni come in atti precisate.

MOTIVI IN FATTO E IN DIRITTO

Parte_1, premessa la polizza Fin+A Danni n. 6.000.322 - cat CPI (Creditor Protection Insurance), sottoscritta con la società convenuta contestualmente alla stipula di mutuo ipotecario per

l'acquisto dell'immobile in Aci Catena via dei Ciclopi 160 pal. D, polizza prevista dal gruppo **CP_2** ad adesione individuale, a beneficio dei clienti delle banche partner titolari di un finanziamento, prestito o mutuo, avente come garanzia rischio *“invalidità permanente da infortunio/malattia pari o superiore al 60%, inabilità temporanea, ricovero ospedaliero, perdita di impiego”*, riferiva che, insorta grave patologia nel mese di aprile 2016, era stata altresì dichiarata invalida con totale e permanente inabilità lavorativa al 100% dall'Inps di Catania nel novembre 2017, con la seguente motivazione: *“aracnoidite cronica da esiti di intervento di stabilizzazione, con deficit statico dinamico ingravescente, disturbi sfinteriali e tuelle nocicettive in trattamento con oppiacei neurotrofici”* ed era stata altresì riconosciuta soggetto portatore di handicap in situazione di gravità comma 3, art. 3 L n. 104/1994; riferiva di aver richiesto l'apertura del sinistro già nel settembre 2017 e che, eseguita la visita medico legale, era stata respinta la domanda in quanto ai sensi dell'art 1 e 13 lettera b) delle condizioni generali di contratto, non era stata riscontrata una invalidità pari o superiore al 60% in rapporto alla singola malattia denunciata, bensì un'invalidità inferiore e pari al 50%; eccependo l'erroneità della valutazione medico legale effettuata dalla compagnia convenuta, tenuto conto dei diversi risultati riferiti da organi pubblici, riferiva poi che all'apertura del sinistro aveva restituito ratei di mutuo pari ad € 69.305,39 (con residuo di € 90.694,61) e che successivamente, e sino al febbraio 2021, aveva corrisposto l'ulteriore somma di € 38.537,18 ; deducendo che, pertanto, **Controparte_1** , alla data di inizio dell'azione legale, avrebbe dovuto corrispondere in proprio favore € 38.537,18 per ratei di sorte capitale pagati oggetto della garanzia oltre interessi, nonché € 52.427.43 in favore dell'ente mutuante, chiedeva accertarsi che la patologia da cui era affetta, insorta dopo la sottoscrizione della polizza, comportava invalidità al 100% e ritenersi l'erroneità della valutazione effettuata dalla convenuta; chiedeva dichiararsi in subordine che la patologia comportava in ogni caso un'invalidità pari al 75% o al 60%; chiedeva dichiararsi il proprio diritto, a decorrere dal settembre 2017 o dalla data ritenuta di giustizia, al riconoscimento economico previsto in polizza e condannarsi la convenuta a corrispondere all'Ente mutuante l'indennizzo previsto a totale copertura e chiusura del finanziamento, detratto quanto da restituire ad essa ricorrente per ratei già pagati; chiedeva condannarsi la compagnia alla restituzione dell'importo corrisposto a titolo di ratei di mutuo sin dal settembre 2017, con vittoria di spese e compensi.

Controparte_1 si costituiva , eccependo in via preliminare il difetto di giurisdizione del Giudice ordinario in relazione alla clausola compromissoria convenuta in seno al contratto; eccepiva la carenza di legittimatio ad causam dell'attrice, osservando che essa con la “Dichiarazione di Adesione” al punto

c) aveva conferito mandato irrevocabile all'Istituto Credito Siciliano ad incassare quale Beneficiario ogni indennizzo dovuto da CP_1 in base alla medesima polizza; eccepiva poi l'esclusione e la perdita della garanzia ai sensi dell'art. 6 cgc e degli artt. 1892 e 1893 cc, rilevando che l'attrice aveva reso dichiarazioni inesatte e reticenti, poiché all'atto della stipula della polizza in data 1.7.2010, aveva riferito di non essere in attesa di ricovero, di non essere stata ricoverata negli ultimi 5 anni, di non essere stata affetta da una malattia acuta o cronica e di non presentare postumi invalidanti superiori al 50% che riducessero l'integrità fisica e psichica (infermità o invalidità), laddove era invece emerso, dalle indagini effettuate, che la stessa (oggi affetta da "aracnoidite cronica da esiti di intervento di stabilizzazione L4-L5") nel corso del 2007 era stata sottoposta ad un primo intervento di ernia lombare L4-L5. Richiamando poi i criteri contrattuali di indennizzabilità di cui alle cgc, riferiva che le patologie accertate in sede di visita medica non raggiungevano la soglia invalidante del 60%, contestando le risultanze della perizia attorea e la quantificazione dell'indennizzo richiesto; chiedeva dichiararsi il difetto di giurisdizione del Giudice ordinario, dichiararsi il difetto di legittimatio ad causam dell'attrice e rigettarsi ogni domanda; in subordine chiedeva ritenersi l'illegittimità e l'infondatezza nel quantum della somma richiesta, con vittoria di spese e compensi da distrarsi in favore del proprio procuratore.

Veniva disposto il mutamento del rito da sommario a ordinario di cognizione e la causa, istruita documentalmente e per mezzo della ctu, veniva assunta in decisione all'udienza del 26.3.2026 con assegnazione alle parti dei termini per il deposito delle comparse conclusionali e delle repliche ex art. 190 cpc.

In via preliminare va respinta l'eccezione di difetto di giurisdizione, come già evidenziato con ordinanza del 4.10.2021 ("... osserva che la clausola di cui all'art. 14 delle CGC afferma la mera possibilità per le parti di risolvere la questione del disaccordo delle parti attraverso il ricorso a procedura di arbitrato, con ciò restando nella facoltà delle parti la possibilità di adire l'AG").

Il rapporto contrattuale intercorrente tra le parti è documentalmente dimostrato e non contestato tra le parti.

Sussiste poi senz'altro la legittimazione ad agire dell'odierna attrice per la tutela dei diritti derivanti dalla polizza sottoscritta, sebbene vada affermato come la mancata integrazione del contraddittorio nei confronti dell'istituto mutuante, osti all'emissione di pronunzia di condanna della società convenuta al pagamento di somme in suo favore; l'attrice ha tuttavia il diritto ad ottenere una pronunzia dichiarativa

in ordine all'efficacia della polizza nei termini richiesti ovvero alla pronunzia di condanna al pagamento in proprio favore dell'indennizzo corrispondente ai ratei già corrisposti.

Tutto ciò sinteticamente premesso, la domanda è tuttavia infondata.

Nel corso del processo è stato nominato consulente tecnico d'ufficio, cui è stato richiesto di: “ a. sottoporre, ove necessario, a visita medica l'attrice ed esaminare tutti e solo i documenti già prodotti dalle parti nel fascicolo processuale (art. 90 disp. att. c.p.c.) nonché le eventuali deduzioni di tutte le parti in causa; b. accertare se l'attrice sia affetta dalle patologie descritte nell'atto di citazione ed indicarne la percentuale di invalidità; c. accertare e descrivere se, in relazione alla documentazione medica in atti, le patologie da cui è attualmente affetta l'attrice siano o meno conseguenza o aggravamento di patologie già esistenti nel quinquennio precedente la stipula della polizza”.

Il nominato consulente, in esito agli accertamenti effettuati ha così riferito e concluso: La Sig.ra

Parte_1 di anni 65, è in atto affetta da è in atto affetto da: “*Aracnoidite cronica adesiva comportante una limitazione di circa 2/3 dei movimenti del rachide lombare,, in soggetto con esiti di intervento di stabilizzazione L4-L5 con viti trans-peduncolari e barre in titanio per spondilolistesi degenerativa, complicato da fistola liquorale lombare già trattata con drenaggio e con derivazione liquorale spinale*” . Gli attuali postumi, determinato un grado di invalidità permanente pari al 35%. Le patologie da cui è affetta la Sig.ra *Pt_1* sono conseguenti all'intervento chirurgico del 2016 e rappresentano un aggravamento di un quadro patologico preesistente alla stipula del contratto di polizza”.

In esito alle osservazioni ricevute, il consulente ha precisato “ In merito alla spondilolistesi occorre precisare che esistono diverse forme di tale patologia: quelle di natura degenerativa, secondarie ad una perdita dei rapporti vertebrali, come espressione di una grave artrosi e quelle post-chirurgiche che rappresentano una complicanza di uno o più interventi (laminectomie) eseguiti sul rachide lombare e che hanno danneggiato le strutture atte a mantenere la stabilità vertebrale. Nel caso in esame si ritiene opportuno ricordare che la Sig.ra *Pt_1* nel giugno del 2005, venne ricoverata per una lombosciatalgia sinistra secondaria ad una marcata protrusione discale di L4-L5 e sottoposta ad un intervento di laminectomia e nel 2016, a causa di una spondilolistesi degenerativa sempre a livello di L4-L5 venne eseguito un intervento di decompressione del canale vertebrale lombare e di stabilizzazione L4-L5 con viti transpeducolari e barre in titanio. Pertanto va da sè, che l'aracnoidite cronica adesiva rappresenta una complicanza dell'intervento di decompressione del canale vertebrale e di stabilizzazione lombare, cui venne sottoposta la Sig.ra *Pt_1* per una patologia cronica che trova

le sue cause patogenetiche nella marcata ernia discale L4-L5, già trattata chirurgicamente, in epoca precedente alla stipula della polizza .. Mal si comprendono le motivazioni che hanno spinto il Consulente di Parte ad assimilare gli esiti riportati dalla Sig.ra **Pt_1** ad una paraplegia se, nel caso in esame, dall'obiettività rilevata è emersa una limitazione dei movimenti del rachide lombare di circa 2/3, a fronte di un normotonotrofismo delle masse muscolari degli arti inferiori e di una statica e dinamica eseguita dalla Signora in autonomia e con bisogno solo di un appoggio monolaterale. Secondo le tabelle Inail (aggiornamento del 2000) il codice 192 prevede una valutazione per tale tipo di condizione patologica presentata dalla Sig.ra **Pt_1** fino al 35%, pertanto la valutazione da me in precedenza indicata del 35% risulta congrua ed aderente alla realtà patologica del soggetto”.

Con ordinanza del 29.1.2025, veniva disposta la rimessione sul ruolo della causa precedentemente assunta in istruttoria con la seguente motivazione: “ rilevato che infatti, tenuto conto della notevole discordanza emersa tra la percentuale di invalidità riconosciuta dal ctu nominato nel presente giudizio, quella riconosciuta dal ctp di parte attrice e quella riconosciuta dal perito della compagnia in sede stragiudiziale, rispetto peraltro anche a quanto emerge dal verbale della commissione medica dell’Insp, occorre disporre il rinnovo delle operazioni peritali, conferendo l’incarico ad un collegio composto da medico legale e specialista in ortopedia; rilevato che occorre dunque nominare ctu, cui va conferito l’incarico di: a. sottoporre, ove necessario, a visita medica l’attrice ed esaminare tutti e solo i documenti già prodotti dalle parti nel fascicolo processuale (art. 90 disp. att. c.p.c.) nel rispetto delle decadenze processuali e, dunque senza tenere conto della perizia depositata unitamente alla comparsa conclusionale in data 9.10.2024, nonché le eventuali deduzioni di tutte le parti in causa; b. accertare se l’attrice sia affetta dalle patologie descritte nell’atto di citazione ed indicarne la percentuale di invalidità; c. accertare e descrivere se, in relazione alla documentazione medica in atti, le patologie da cui è attualmente affetta l’attrice siano o meno conseguenza o aggravamento di patologie già esistenti nel quinquennio precedente la stipula della polizza”.

I consulenti nominati con tale provvedimento, dopo aver sottoposto a visita l’attrice ed aver esaminato tutta la documentazione prodotta hanno proposto le seguenti conclusioni: “ la sig.ra **Parte_1** è affetta da “esiti di intervento chirurgico per ernia discale L4-L5 e di stabilizzazione L4-L5 con viti transpeduncolari e cage intersomatica”. I postumi sono valutati nella misura del 40% a tabella Inail .. Le patologie di cui è attualmente affetta l'attrice sono dovute all'aggravamento di patologie già esistenti nel quinquennio precedente la stipula della polizza.. dal solo frontespizio della Cartella clinica dl 2005

epoca in cui veniva sottoposta ad intervento per ernia discale non si è in grado di quantificare la percentuale di invalidità”.

In esito alle osservazioni ricevute, i consulenti hanno precisato: “ L'ultima documentazione esaminata e riportata nella bozza è un certificato rilasciato da Hospice Cure Palliative del P.O. *Controparte_3* del 24/03/2017. Dopo tale certificato non vi è altra certificazione medica. All'esame obiettivo viene rilevato: “... Masse muscolari normotoniche e normotrofiche... ridotti di circa 2/3 i movimenti del tronco... Test di Lasegue bilateralmente.. “. Le masse muscolari normotoniche e normotrofiche sono indici di utilizzo degli arti inferiori. Alla luce di quanto sopra si conferma il giudizio precedentemente espresso”.

Le conclusioni raggiunte dai consulenti sono condivise dal decidente, in quanto coerenti con la documentazione esaminata , nonché immuni da vizi logici.

Gli esiti istruttori si proiettano senz'altro in senso negativo sulla prospettazione attorea, perché la percentuale di invalidità non raggiunge la soglia contrattuale utilmente stabilita per l'accesso all'erogazione del beneficio economico, con assorbimento di ogni altra questione inerente la preesistenza della patologia prima della stipula della polizza.

La domanda, pertanto, va respinta.

Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come da dispositivo, avendo riguardo a quanto previsto dai compensi minimi del V scaglione della tabella n 2 allegata al DM n. 55/2014, tenuto conto dell'effettivo valore della controversia.

P.Q.M.

Il Giudice, definitivamente decidendo, ogni contraria istanza ed azione disattese, così provvede:

- Rigetta le domande attoree;
- Condanna l'attrice al pagamento delle spese del processo in favore della parte convenuta, liquidate in complessivi € 7052,00 per compensi, oltre Iva, Cpa e spese generali come per legge da distrarsi in favore del procuratore antistatario ex art. 93 cpc.

Così deciso in Catania, il 24.6.2026

Il Giudice

Dott.sa Gaia Di Bella