



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Corte di Appello di Napoli –VI sezione civile– così composta:

dott.ssa Assunta d'Amore	Presidente
dott. Giuseppe Vinciguerra	Consigliere rel.
dott.ssa Regina Marina Elefante	Consigliere

ha pronunciato

SENTENZA

nella causa iscritta al n.5238/2021 R.G. aff. cont., avente a oggetto appello avverso la sentenza n. 5030/2021 pubblicata il 27.5.2021 dal Tribunale di Napoli

TRA

Parte_1 (c.f.: *C.F._1*), rappresentato e difeso dall'Avv. Letizia Malizia in virtù di procura allegata all'atto di citazione in appello (domicilio digitale: *Email_1*)

appellante

CONTRO

Controparte_1 (p.i.: *P.IVA_1* in persona del procuratore speciale dott. *CP_2* [...]), rappresentata e difesa dall'Avv. Luigi Delle Rose in virtù di procura allegata alla comparsa di costituzione e risposta in appello (domicilio digitale: *Email_2*)

appellata

CONCLUSIONI DELLE PARTI

Per l'appellante:

integrale accoglimento dell'appello e di tutte le istanze ivi avanzate, con riforma della sentenza impugnata e vittoria di spese e competenze di entrambi i gradi di giudizio.

Per la compagnia assicuratrice:

- dichiarare l'inammissibilità dell'appello;
- nel merito, rigetto del gravame e dell'avversa domanda, con conferma della sentenza impugnata;
- vittoria di spese e competenze del giudizio.

RAGIONI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione notificato il 13.12.2021 *Parte_1* attore rimasto integralmente soccombente in primo grado, impugnava tempestivamente la sentenza, indicata in oggetto, di rigetto per mancata dimostrazione dei suoi fatti costitutivi dell'azione di condanna di *Controparte_1* al pagamento dell'indennizzo, quantificato in € 5.300,00 oltre accessori, dovutogli in virtù di contratto

di assicurazione contro il rischio di infortunio, consacrato nella polizza n. 122247 sottoscritta il 12.6.2012, concretizzatosi a seguito di un sinistro stradale, a seguito del quale aveva riportato lesioni con postumi invalidanti di carattere permanente poi stimati dal consulente tecnico di ufficio nella misura del 4% di danno biologico.

Con unico motivo di gravame denunciava l'errata valutazione delle prove acquisite, deducendo che le ragioni da lui vantate erano documentate dalla polizza assicurativa attestante la natura e la portata del rischio garantito, la cui estensione alle singole voci di danno reclamate non era mai stata negata *ex adverso* e pertanto avrebbe dovuto essere considerata pacifica ex art.115 comma 1 cpc.

Contestava poi le avverse eccezioni di improponibilità e inammissibilità della domanda di adempimento contrattuale formulate per violazione degli artt. 30 e 33 delle Condizioni generali di assicurazione, il cui deposito nella versione integrale era stato ordinato dal Giudice di primo grado con ordinanza di remissione della causa sul ruolo, sostenendo comunque di non essersi potuto sottoporre a visita in sede stragiudiziale per inerzia della compagnia e opponendo l'inefficacia nei propri confronti, ex art.1341 comma 2 cc, della clausola compromissoria predisposta dallo stesso assicuratore.

Reiterava pertanto la richiesta di condanna del garante a pagare tutte le somme dovute a titolo di spese sanitarie e di assistenza e di indennità giornaliera di ricovero, per trasporto, per invalidità temporanea e permanente, pari a € 5.300,00 al netto delle franchigie da portare in detrazione e degli interessi e della rivalutazione monetaria.

Controparte_1 resisteva all'appello, del quale eccepiva l'inammissibilità ex artt. 342 *bis* e 348 *bis* cpc e l'infondatezza nel merito, rilevando che la garanzia prestata copriva il solo rischio di invalidità permanente dell'infortunato con applicazione di una franchigia fissa del 3%.

SI. In primo luogo, esclusa la possibilità di definire la causa, transitata in fase decisoria secondo il rito ordinario, in conformità al modello procedurale semplificato previsto dall'art.348 *bis* cpc, si osserva che il gravame risponde ai requisiti formali assertivi prescritti *ad validitatem* dall'art.342 cpc, avendo l'istante individuato e criticato in maniera sufficientemente specifica i punti non condivisi della motivazione della pronuncia appellata, la quale è stata confutata illustrando gli aspetti addotti a sostegno di una ricostruzione della vicenda controversa e di una valutazione delle prove precostituite disponibili difformi da quelle operate dal Giudice di prime cure.

Invero, per consolidato indirizzo giurisprudenziale, nell'appello devono essere richiamati i passaggi censurati della sentenza impugnata esprimendo al riguardo, attraverso argomenti in grado di screditarne le ragioni giustificative, doglianze dettagliate, non essendo invece necessario fare ricorso a formule sacramentali o vincolate (*ex plurimis*, Cass.7829/2025, Cass.1038/2025, Cass.23386/2024, Cass.20884/2024, Cass.18309/2024, Cass.13784/2024, Cass.34969/2023 e Cass. SSUU 36481/2022).

Inoltre, laddove sia stato lamentato l'improprio o l'incompleto apprezzamento ex art.116 cpc del materiale istruttorio raccolto, è sufficiente che ne venga richiesto il riesame su aspetti determinati, i quali possono essere indicati anche attraverso il rinvio alle medesime deduzioni difensive già svolte sul tema nel processo di primo grado (in senso conforme si vedano Cass.18023/2023, Cass.40560/2021 e Cass.24464/2020).

Le allegazioni dell'appellante, apprezzate in chiave globale e sistematica, consentono quindi al Giudice *ad quem* di comprendere il contenuto dei rilievi critici tesi a contraddire i ragionamenti e i profili orientativi della statuizione gravata.

SII. Nel merito l'impugnazione si profila solo parzialmente fondata e pertanto merita accoglimento per quanto di ragione.

SIII. In ordine all'*an debeat*ur occorre constatare come la polizza prodotta in copia da entrambi i contendenti, sulla cui efficacia *ratione temporis* non sono mai state sollevate obiezioni, attesta nella forma scritta imposta dall'art.1888 cc la conclusione, peraltro espressamente riconosciuta dal debitore chiamato ad adempiere la prestazione posta a suo carico, del contratto di assicurazione contro i danni derivanti da infortunio o decesso del conducente del motociclo di proprietà dell'attuale appellante targato NA 227885, in virtù del quale il garante, assumendo il relativo rischio, si è impegnato a sollevare l'assicurato dalle conseguenze delle menomazioni dell'integrità fisiopsichica riportate in dipendenza di eventi pregiudizievoli connessi alla circolazione del suddetto veicolo.

Inoltre dalla particolareggiata testimonianza assunta in prime cure, sulla cui affidabilità non sono state neppure adombrate perplessità, è emerso che l'istante, a seguito dello scontro con una vettura antagonista in cui è stato coinvolto mentre era impegnato alla guida nel traffico cittadino del mezzo di sua appartenenza, ha sofferto le lesioni poi diagnosticategli nella certificazione medica offerta in comunicazione, sicché i fatti costitutivi della pretesa di riscossione coattiva dell'obbligazione pecuniaria maturata *ex contractu* dal creditore devono ritenersi pienamente dimostrati.

Per contro non possono trovare accoglimento le eccezioni preliminari con cui la società appellata ha protestato l'inosservanza delle clausole, asseritamente trascritte agli artt.30 e 33 delle condizioni generali di assicurazione, che imponevano al danneggiato di sottoporsi ad accertamenti medici diretti a verificare le sue condizioni di salute, non effettuati nonostante la richiesta e l'invito rispettivamente formulati dalle parti per concordare una visita, e di attivare *ante causam* una procedura arbitrale.

Infatti l'istituto assicuratore convenuto, disattendendo l'onere di riprodurre in grado di appello i documenti già allegati nel giudizio di primo grado risessi alla sua disponibilità, ha omesso di depositare in questa sede il proprio fascicolo cartaceo di parte o di riprodurne in forma digitale il contenuto, la cui mancanza impedisce di esaminare ai fini della decisione gli atti che erano stati originariamente posti a sostegno delle difese enunciate per contrastare l'avversa domanda(così Cass.6645/2024 e Cass.12250/2010).

Del resto dalla lettura dell'esemplare integrale della *lex generalis* di disciplina del rapporto assicurativo controverso, inserito nel fascicolo telematico di ufficio il 22.1.2021 in ottemperanza all'ordine di acquisirlo emanato dal Giudice *a quo* che l'ha poi dichiarato inutilizzabile, con statuizione non censurata, perché non corrispondente all'estratto che ne era stato fornito nel rispetto delle preclusioni istruttorie, emerge come alla presunta trasgressione dell'obbligo dell'assicurato di assoggettarsi a indagini mediche, previsto al secondo alinea dell'art.18, non si ricollega alcuna limitazione all'esercizio della pretesa di corresponsione dell'indennizzo, laddove invece la devoluzione facoltativa a un collegio di esperti, su base consensuale, del compito di risolvere eventuali conflitti "di natura medica" insorti tra le parti riflette un patto esplicitamente qualificato dall'art.21 *sub specie* di arbitrato irrituale, come tale non classificabile come accordo compromissorio idoneo a sottrarre la giurisdizione sul caso al Giudice ordinario.

Tenuto conto quindi che il debitore, disattendendo l'onere posto a suo carico dall'art.2697 comma 2 cc (*ex plurimis*, Cass.15105/2025, Cass.5629/2025 e Cass.23479/2024), non ha neppure prospettato, né tanto meno provato, alcuna circostanza impeditiva della maturazione delle ragioni indennitarie fatte valere nei suoi confronti in virtù del titolo negoziale generatore del vincolo di assicurazione documentato dalla polizza richiamata, deve essere riconosciuto, in riforma della sentenza impugnata, il diritto dell'attore a ottenere la prestazione che ha reclamato.

SVI. Per quanto concerne invece il *quantum debeatur*, il quale rappresenta una questione rimasta estranea alla pronuncia appellata che pertanto viene scrutinata per la prima volta in questa sede, va segnalato come la compagnia assicuratrice si sia limitata nel processo di primo grado, con formula affatto generica declinata nella comparsa di risposta che non è stata integrata nella memoria ex art.183 comma 6 n.1 cpc depositata il 30.4.2014, a invocare tutti “i limiti, le condizioni e le franchigie di polizza”, di portata rimasta assolutamente imprecisata.

Orbene “*l’assicuratore convenuto per il pagamento dell’indennizzo, se intende eccepire l’esistenza di patti contrattuali che prevedono franchigie o scoperti, deve farlo in modo analitico e circostanziato a tutela del diritto di difesa della controparte, al fine di fare conseguire a tutte le parti una pronuncia chiara e precisa sull’esatto tema in decisione, suscettibile di essere posta in esecuzione senza ambiguità e incertezze o inammissibili successive operazioni di integrazione; ne consegue che non è ammissibile - e giustamente il giudice non la prende in esame - l’eccezione con la quale l’assicuratore convenuto si limita a chiedere che una eventuale sua condanna sia contenuta nei limiti delle previsioni contrattuali, con gli scoperti e le franchigie ivi previsti*” (così testualmente Cass.18585/2026 e Cass.21824/2025).

Le limitazioni quantitative dell’obbligazione dovuta dal garante, da questi addotte in termini assolutamente vaghi senza adombrarne l’effettiva portata precettiva né indicarne la fonte, vanno pertanto dichiarate inammissibili in rito perché opposte con eccezioni prive del necessario carattere di specificità.

Nondimeno in proposito si deve prendere atto che lo stesso assicurato, al penultimo capoverso del capo A della memoria introduttiva della *emedatio libelli* del 5.5.2014, ha dichiarato di avere definito il *petitum* mediato della propria domanda e quantificato l’indennizzo dovutogli dopo avere “*già tenuto conto della detrazione delle franchigie previste dalla polizza assicurativa*”, delle quali ha incontrovertibilmente ammesso l’esistenza e l’operatività senza tuttavia determinarne l’entità.

Il riconoscimento da parte del creditore dell’applicabilità alla fattispecie dell’istituto che riduce l’esposizione dell’assicuratore alla sola quota di danno eccedente il valore convenzionale che grava sul danneggiato e la conseguente necessità di contenere la responsabilità del debitore entro la soglia concordata *ex ante* in maniera vincolante escludono che l’istante abbia acquisito il diritto a riscuotere l’intera prestazione vantata, il cui ammontare va invece circoscritto alla sola quota, fissata dall’art.6 delle citate condizioni generali di contratto, eccedente il 3% del tasso di invalidità permanente residuo alle lesioni, stimato nella misura del 4% di danno biologico dal consulente tecnico di ufficio con valutazione accettata da entrambe le parti.

Viceversa all’attore non spetta alcuna somma a titolo di indennizzo per inabilità temporanea, rimborso spese terapeutiche, diaria da ricovero ospedaliero e/o gessatura nonostante tali peculiari voci di danno, puntualmente esposte nella fase assertiva della causa, non siano state immediatamente negate dalla parte costituita, tenuta a contraddire prontamente ex art.115 comma 2 secondo periodo cpc i fatti conosciuti che siano stati affermati dalla controparte in citazione o negli scritti elaborati prima della definizione del *thema decidendum*.

Infatti il principio di non contestazione solleva la parte dall’onere di dimostrare le circostanze da lei affermate e non smentite dall’antagonista, che restano dunque relegate al di fuori del *thema probandum*, senza attribuire efficacia legale alla prova così acquisita per *fictio iuris*, la cui valenza concreta rimane assoggettata al prudente apprezzamento che il Giudice deve effettuare ex art.116 cpc mediante raffronto comparativo con le altre risultanze istruttorie raccolte.

Nel caso in discorso la polizza esibita dallo stesso appellante, utilizzabile nella sua portata probatoria anche a favore della controparte in virtù del principio di acquisizione obiettiva al processo di tutte le risultanze istruttorie indipendentemente dalla loro provenienza dall’uno o dall’altro dei contendenti

(Cass.23286/2024, Cass.19241/2024 e Cass.23782/2022), *in parte qua* di tenore esattamente coincidente con quello delle condizioni generali di contratto già menzionate ad altro proposito, dà conto *per tabulas* come il debitore abbia prestato garanzia esclusivamente per i danni da invalidità permanente e da morte patiti dall'infortunato, al quale pertanto può essere attribuito soltanto l'indennizzo, calcolato al netto della franchigia contrattuale, corrispondente ai postumi permanenti residuati alla guarigione clinica dalle lesioni che ha sofferto.

Posto che l'appellante ha già compiuto 73 anni, la somma che gli compete in termini monetari attuali - pari alla differenza tra gli importi di € 5.253,00 ed € 3.732,00 fissati rispettivamente, secondo i parametri uniformi riportati nelle tabelle vigenti elaborate dal Tribunale di Milano, per danno biologico al grado constatato del 4% e al tasso del 3% oggetto di franchigia- ammonta a € 1.521,00, la quale, riflettendo un debito di valore che assume contenuto pecuniario soltanto all'esito della sua liquidazione (Cass.11237/2025), andrà maggiorata degli interessi legali calcolati sugli incrementi annuali del capitale progressivamente devalutato a ritroso fino alla data del sinistro, avvenuto il 15.6.2012.

SVII. L'esito complessivo della controversia, risultato parzialmente favorevole all'appellante, giustifica l'addebito alla compagnia assicuratrice delle spese del doppio grado di giudizio, che vengono liquidate *ex officio*, in mancanza di note specifiche, secondo i canoni tariffari dettati per cause di valore compreso tra € 1.000,01 ed € 5.200,00, dovendosi avere riguardo, ai sensi dell'art.5 comma 1 D.M. 55/2014, alla somma effettivamente attribuita al creditore (Cass.35073/2023).

PQM

La Corte di Appello di Napoli -VI sezione civile- definitivamente pronunciando sull'appello promosso avverso la sentenza n.5030/2021 emessa il 25.7.2021 dal Tribunale di Napoli, così provvede:

- a) in riforma della decisione impugnata, condanna *Controparte_1* al pagamento in favore di *Parte_1* di € 1.521,00, oltre interessi legali sulla somma progressivamente devalutata dalla data di pubblicazione della sentenza di appello al 15.6.2012, da maggiorarsi poi nell'ammontare conglobato degli interessi legali maturati dalla data successiva a quella di pubblicazione della pronuncia di appello al soddisfo;
- b) rigetta nel resto il gravame;
- c) condanna altresì *Controparte_1* al pagamento in favore di *Parte_1* delle spese del doppio grado di giudizio che liquida in complessivi € 6.455,50, di cui € 2.853,00 per il giudizio di primo grado (€ 93,00 per esborsi, € 2.400,00 per compensi ed € 360,00 per spese generali) ed € 3.602,50 per il giudizio di impugnazione (€ 382,50 per esborsi, € 2.800,00 per compensi ed € 420,00 per spese generali), con distrazione ex art.93 cpc a beneficio dell'Avv. Letizia Malizia;
- d) pone definitivamente a carico di *Controparte_1* gli oneri sostenuti per lo svolgimento della consulenza tecnica di ufficio, disponendo l'immediata restituzione a *Parte_1* degli importi da lui versati a tale titolo in via di anticipazione.

Così deciso in Napoli il 25.6.2026.

IL CONSIGLIERE ESTENSORE

dott. Giuseppe Vinciguerra

LA PRESIDENTE

dott.ssa Assunta d'Amore

