



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI NAPOLI
XII SEZIONE CIVILE

Il Tribunale di Napoli, XII Sezione civile, in persona del giudice unico dott. Antonio Attanasio, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al R.G. n. 12443/2022, avente ad oggetto: assicurazione privata contro gli infortuni, vertente

TRA

Parte_1, nata a Napoli il 4 luglio 1965, codice fiscale [...]

C.F._1 rappresentata e difesa dall'avv. Andrea Iannicelli, elettivamente domiciliata presso lo studio del difensore in Napoli, Piazza Amedeo n. 15

ATTRICE

E

Controparte_1 codice fiscale *P.IVA_1* e partita IVA *P.IVA_2*, con sede legale in Bologna, via Stalingrado n. 45, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. Vittorio Cozzolino

CONVENUTA

CONCLUSIONI - Le parti hanno concluso come da atti introduttivi, memorie ex art. 183, comma 6, c.p.c., verbali, note di trattazione scritta, comparse conclusionali e memorie di replica, da intendersi qui richiamati nei limiti di riferimento ai fini della decisione.

L'attrice ha chiesto accertarsi l'operatività della polizza infortuni "SalvaReddito", originariamente stipulata con *Controparte_2* n. 371.702511.75 e successivamente rinumerata da *Controparte_1* con il n.

1/54015/77/747228233; accertarsi il proprio diritto all'indennizzo per l'invalidità permanente residua all'infortunio del 3 ottobre 2019; condannarsi la convenuta al pagamento dell'indennizzo contrattualmente dovuto, con rivalutazione monetaria e interessi, nonché al rimborso delle spese di consulenza medico-legale di parte e alla rifusione delle spese di lite, con distrazione in favore del procuratore dichiaratosi antistatario. Ha inoltre domandato il ristoro dei danni ulteriori asseritamente derivati dalla condotta dell'assicuratore e, ove ritenuto, il rimborso delle spese di cura contrattualmente garantite.

Controparte_1 ha chiesto il rigetto integrale della domanda, deducendo la mancata prova del fatto storico e del nesso causale, la non indennizzabilità dei postumi per assorbimento nella franchigia contrattuale e, comunque, l'incidenza di condizioni patologiche o traumatiche preesistenti. In via subordinata, ha chiesto che l'eventuale indennizzo fosse liquidato secondo la Condizione Particolare D di polizza, con esclusione di rivalutazione, interessi compensativi, ulteriori danni e rimborso delle spese di cura.

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO

Con atto di citazione del 9/5/22 notificata a mezzo PEC, *Parte_1* ha convenuto in giudizio *Controparte_1* deducendo di essere titolare della polizza privata infortuni "SalvaReddito", già stipulata con *Controparte_2* n. 371.702511.75, e poi rinumerata, a seguito di incorporazione e gestione/ *CP_1* con il n. 1/54015/77/747228233.

L'attrice ha allegato che la polizza copriva gli infortuni occorsi nello svolgimento dell'attività professionale e nel tempo libero e che, alla data del sinistro, la somma assicurata per invalidità permanente era pari ad euro 220.514,42, come risultante dalla documentazione di portafoglio assicurativo versata in atti dalla stessa convenuta in esecuzione dell'ordine di esibizione.

Secondo la prospettazione attorea, il 3 ottobre 2019, intorno alle ore 5.00, mentre si trovava a Palermo e percorreva a piedi via Roma per raggiungere la navetta diretta

all'aeroporto in vista del rientro a Napoli, giunta in prossimità del negozio CP_3
L., cadeva accidentalmente al suolo, urtando in particolare la spalla destra. Rientrata a Napoli, si recava presso il pronto soccorso dell'Ospedale San Giovanni Bosco, dove venivano diagnosticati trauma contusivo alla spalla destra, al rachide cervicale e lombosacrale, nonché contusione al ginocchio sinistro.

Gli accertamenti successivi evidenziavano frattura del trochite omerale destro e quadro di capsulite adesiva post-traumatica. L'attrice ha quindi chiesto l'accertamento del diritto all'indennizzo per invalidità permanente, oltre accessori, nonché il ristoro dei danni ulteriori asseritamente derivati dalla condotta dell'assicuratore ritenuta contraria ai doveri di correttezza e buona fede.

CP_4 CP_5 si è costituita contestando l'an debeatur e, in particolare, la prova del sinistro e del nesso causale. Ha inoltre sostenuto che l'eventuale invalidità permanente fosse assorbita dalla franchigia contrattuale, richiamando la valutazione del proprio medico fiduciario nella misura del 3% secondo tabelle ANIA, e ha eccepito l'operatività dell'art. 18 delle condizioni generali in tema di minorazioni preesistenti.

Espletate la prova orale e la consulenza tecnica d'ufficio, all'udienza del 5 febbraio 2026 le parti insistevano nelle rispettive istanze ed eccezioni e la causa, assegnata in prosieguo al subentrato scrivente, veniva trattenuta in decisione con assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c.; nei termini stabiliti venivano quindi depositate le comparse conclusionali e le memorie di replica.

La domanda è fondata nei limiti e per le ragioni di seguito esposti.

La richiesta trova titolo in un contratto di assicurazione contro gli infortuni. Non sono controverse la stipulazione della polizza né la sua permanenza in vigore alla data del sinistro, risultando in atti la quietanza CP_1 con effetto dal 6 maggio 2019 e scadenza al 6 maggio 2020.

La scheda di polizza originaria individua la contraente e assicurata in CP_6
L., esercente attività di dottore commercialista, e prevede la garanzia per invalidità permanente da infortunio, oltre all'estensione per rimborso spese di cura.

La definizione contrattuale di infortunio, come allegata in atti, è quella secondo cui lo stesso è *“Il trauma prodotto da causa esterna, violenta ed improvvisa o dalle altre cause espressamente previste all’art. 1 <Oggetto dell’assicurazione> delle Condizioni generali che produca all’Assicurato lesioni obiettivamente constatabili.”*

Infatti, tale “1.Oggetto dell’assicurazione” stabilisce che *“La Fondiaria, alle condizioni che seguono, assicura il pagamento delle somme stabilite, nei limiti della polizza al verificarsi di un infortunio -anche se dovuto a imperizia, imprudenza o negligenza gravi, oppure a stato di malore o di incoscienza, che l’Assicurato abbia a subire nell’esercizio dell’attività professionale dichiarata o nello svolgimento dell’attività familiare, di vita di relazione e del tempo libero, nonché di ogni altra attività”* (coprendo poi l’assicurazione anche i danni scaturenti da altri casi ivi specificamente indicati) . Sicchè, la polizza ricomprende in sostanza attività di qualsiasi tipo e quand’anche derivanti da imperizia imprudenza o negligenza gravi.

In ordine in particolare alla liquidazione dell’invalidità permanente, la polizza richiama la Condizione Particolare D, indicata tra le condizioni particolari operanti. Tale clausola annulla e sostituisce l’art. 13 delle condizioni generali e stabilisce che, per invalidità permanente inferiore al 60%, l’indennizzo sia corrisposto in proporzione al grado accertato, con deduzione di una franchigia assoluta pari a 3 punti percentuali sulla parte di somma assicurata fino a lire 200.000.000 e pari a 5 punti percentuali sulla parte eccedente. Le franchigie non operano solo in caso di invalidità permanente pari o superiore al 30%, ipotesi estranea alla presente causa.

È inoltre rilevante l’art. 18 delle condizioni generali, secondo cui la compagnia indennizza le conseguenze dirette ed esclusive dell’infortunio che siano indipendenti da eventuali minorazioni fisiche e stati patologici preesistenti. La clausola non comporta l’automatica esclusione della garanzia in presenza di qualunque dato anamnestico pregresso, ma impone di verificare se i postumi lamentati siano causalmente riconducibili all’infortunio garantito oppure a condizioni preesistenti dotate, nel caso concreto, di efficienza causale autonoma o almeno concorrente.

Infine, l'art. 20 delle condizioni generali disciplina l'indicizzazione delle somme assicurate e del premio, stabilendo che le somme assicurate e il premio vengono aumentati o ridotti in proporzione alle variazioni dell'indice ISTAT e che i limiti delle somme oltre i quali si applicano le franchigie seguono l'andamento delle somme assicurate e del premio. Tale previsione assume rilievo decisivo nella determinazione della base di calcolo e delle fasce di franchigia.

In materia di assicurazione contro i danni, l'assicurato che agisce per il pagamento dell'indennizzo deve provare la fonte negoziale del diritto fatto valere, il verificarsi dell'evento dedotto come sinistro e la riconducibilità dell'evento al rischio garantito. L'assicuratore, ove intenda sottrarsi al pagamento, deve provare il fatto impeditivo, estintivo o modificativo della pretesa, comprese le circostanze riconducibili a clausole di esclusione o delimitazione negativa del rischio.

Tale riparto si coordina con il noto principio generale in materia di obbligazioni contrattuali, secondo cui il creditore deve provare la fonte del proprio diritto e allegare l'inadempimento, mentre il debitore deve provare l'esatto adempimento o la causa non imputabile della mancata prestazione (Cass. civ., Sez. Un., 30 ottobre 2001, n. 13533). Con specifico riferimento all'assicurazione, la giurisprudenza ha ribadito che l'assicurato deve dimostrare che l'evento rientra nel rischio assicurato, mentre spetta all'assicuratore provare l'operatività di una clausola di esclusione o di un fatto impeditivo dell'obbligazione indennitaria (Cass. civ., sez. III, 9 novembre 2023, n. 31251).

Le clausole che individuano il rischio assicurato e ne precisano i limiti oggettivi, temporali o causali partecipano alla descrizione dell'oggetto del contratto e non configurano, di per sé, limitazioni di responsabilità ai sensi dell'art. 1341 c.c.; esse devono nondimeno essere interpretate secondo buona fede, chiarezza e coerenza sistematica, in applicazione degli artt. 1362 ss., 1366, 1370 e 1375 c.c., specie nei contratti predisposti unilateralmente dall'impresa assicuratrice (Cass. civ., sez. III, 11 giugno 2019, n. 15598; Cass. civ., sez. III, 26 giugno 2012, n. 10619).

Il fatto storico del sinistro deve ritenersi qui provato dalla prova testimoniale e dalla do-

cumentazione sanitaria, presente in atti, e altresì dalla espletata consulenza tecnica d'ufficio la quale ha confermato, sul piano medico-legale, la compatibilità causale e l'entità dei postumi.

In particolare, quanto alla prova testimoniale, l'escusso Testimone_1, medico pediatra e convivente dell'attrice, ha riferito che il 3 ottobre 2019 egli e Parte_1 camminavano a piedi in Palermo, via Roma, intorno alle ore 5.00, diretti alla fermata della navetta per l'aeroporto, avendo il volo di rientro per Napoli intorno alle ore 7.00. Ha precisato che, giunti in prossimità de La Rinascente, la sua compagna cadeva improvvisamente al suolo, urtando la spalla destra; ha altresì riferito di averle immobilizzato l'arto con un foulard e di averla accompagnata, una volta giunti a Napoli e persistendo il dolore, presso il pronto soccorso dell'Ospedale San Giovanni Bosco (precisamente, il teste ha dichiarato in udienza che “...*In particolare giunti in prossimità del negozio La rinascente la Pt_1 improvvisamente cadeva , non so come ciò sia accaduto, non so se mise male il piede o altro, in ogni caso ha sbattuto la spalla destra , io sono medico e allora le ho immobilizzato con un foulard la spalla e abbiamo preso la navetta perché dovevamo partire, ma giunti a Napoli poiché il dolo persisteva forte ho portato la Pt_1 al P.S dell'ospedale Don Bosco che è vicino all'aeroporto*”). Ma, come si è già detto, in assorbimento, la polizza copre in sostanza attività di qualsiasi tipo e quand'anche derivanti da imperizia imprudenza o negligenza gravi.

L'eccezione di incapacità del deponente, sollevata da parte convenuta, non è idonea a determinare incapacità a testimoniare ex art. 246 c.p.c. . Siffatta incapacità presuppone invero un interesse giuridico, personale, concreto e attuale, idoneo a legittimare la partecipazione del teste al giudizio, non essendo sufficiente un mero interesse di fatto o affettivo all'esito della lite (ex multis Cass. civ., sez. lav., 7 settembre 2023, n. 26044). Il rapporto personale può incidere sulla valutazione di attendibilità ai sensi dell'art. 116 c.p.c.; nel caso di specie, tuttavia, la deposizione è specifica, non presenta contraddizioni interne ed è corroborata dal verbale di pronto soccorso del 3 ottobre 2019, nel quale si legge che la paziente riferiva di essere accidentalmente caduta in strada e presentava

algie alla spalla destra, al ginocchio sinistro e alle mani. La diagnosi ospedaliera di trauma contusivo alla spalla destra, al rachide cervicale e lombosacrale, con contusione al ginocchio sinistro, è temporalmente e clinicamente coerente con il racconto del teste. Le perplessità difensive della convenuta sul mancato accesso a un presidio sanitario palermitano non sono decisive. La ricostruzione testimoniale chiarisce che l'attrice era in procinto di rientrare a Napoli con volo mattutino e che si recò al pronto soccorso appena rientrata, a causa della persistenza della sintomatologia dolorosa. Il tempo intercorso tra la caduta, il trasferimento aeroportuale, il volo e l'accesso al presidio napoletano non interrompe la continuità della sequenza fattuale, né introduce un'alternativa causale concreta.

La serie clinica successiva appare lineare e inequivoca. Il verbale di pronto soccorso del 3 ottobre 2019 documenta trauma contusivo alla spalla destra, al rachide cervicale e lombosacrale, con contusione al ginocchio sinistro; in sede ortopedica veniva prescritto tutore di spalla e terapia farmacologica. Il successivo controllo ortopedico del 15 ottobre 2019 evidenziava persistenza della sintomatologia dolorosa e limitazione funzionale, con prescrizione di risonanza magnetica della spalla destra.

L'esame RM del 16 ottobre 2019 presso il Centro CP_7 evidenziava frattura del trochite omerale, con frammenti in posizione soddisfacente e in fase di iniziale consolidazione, ma ancora con intenso edema del tessuto spongioso; la cuffia dei rotatori risultava indenne da lesioni di continuità, pur presentando alterazioni edematose in sede inserzionale e preinserzionale del sovraspinoso. Il controllo successivo confermava la frattura del trochite omerale e la sofferenza della cuffia dei rotatori.

Il 17 dicembre 2019 veniva prescritta fisiokinesiterapia con mobilizzazione attiva e passiva della spalla e veniva formulato sospetto di capsulite adesiva. L'esame RM del 20 gennaio 2020 presso il Centro Salus confermava la consolidazione della frattura del trochite, ma documentava perdita di fibre a carico della giunzione teno-muscolare del sovraspinoso e ispessimento fibrotico sinoviale a livello del recesso sottoscapolare, compatibile con quadro di capsulite adesiva.

L'accertamento tecnico d'ufficio è stato disposto per verificare le patologie riportate dall'attrice a seguito dell'infortunio del 3 ottobre 2019, il relativo iter evolutivo, la percentuale dei postumi permanenti concretamente residuati e l'eventuale incidenza di patologie pregresse. Nel caso di specie, l'elaborato della dott.ssa *Parte_2* è completo, coerente e adeguatamente motivato. Il designato CTU ha esaminato la documentazione sanitaria, ha dato conto della dinamica riferita, ha visitato la perizianda e ha valutato espressamente il tema delle pregresse condizioni patologiche dedotto dalla convenuta.

In sede conclusiva, il CTU ha affermato che *Parte_1* riportò, a seguito dell'infortunio del 3 ottobre 2019, trauma contusivo-distorsivo alla spalla destra, al rachide cervicale e lombosacrale, con contusione al ginocchio sinistro; che gli accertamenti clinici e strumentali evidenziarono frattura del trochite omerale destro e capsulite adesiva; che i postumi attuali sono stabilizzati e determinano una riduzione dell'escursione articolare della scapolo-omerale limitata globalmente della metà; che il danno è quantificabile, secondo le tabelle ANIA richiamate dalla polizza infortuni, nella misura del 10%.

Il riferimento, contenuto nella relazione peritale, al "danno biologico" deve essere letto in coerenza con il quesito e con il titolo contrattuale azionato: non si tratta di liquidare un danno alla salute secondo criteri risarcitori propri della responsabilità civile, ma di individuare la percentuale medico-legale dei postumi permanenti indennizzabili secondo le tabelle richiamate dalla polizza. In tale prospettiva, la valutazione del 10% è pertinente al criterio contrattuale di indennizzo.

Occorre rammentare che la consulenza tecnica d'ufficio, quando l'accertamento richieda cognizioni specialistiche, può assumere anche funzione percipiente, purché il fatto sia stato ritualmente allegato e sia rispettato il contraddittorio (Cass. civ., Sez. Un., 1 febbraio 2022, n. 3086). Secondo la giurisprudenza di legittimità, il giudice può accogliere le conclusioni del consulente ove l'elaborato sia immune da vizi logici, metodologici e scientifici; se condivide le risultanze dell'ausiliare e le ritiene congruamente

motivate, non è tenuto a una diffusa confutazione di ogni rilievo meramente contrario, salva la necessità di esaminare le specifiche critiche tecniche dotate di effettiva decisività (Cass. civ., sez. lav., 19 luglio 2005, n. 15164; Cass. civ., sez. III, 21 febbraio 2001, n. 2486; Cass. civ., sez. II, 13 settembre 2000, n. 12080; Cass. civ., sez. VI, 4 novembre 2021, n. 31591).

Non appare in grado di sovvertire la ricostruzione del CTU la diversa valutazione del medico fiduciario di `CP_1` che quantifica il danno nel 3% secondo le tabelle ANIA richiamate dalla polizza infortuni. La CTU non si è limitata a recepire la prospettazione attorea, ma ha ricostruito l'intero decorso clinico successivo all'infortunio, valorizzando la sequenza documentale costituita dal primo accesso ospedaliero, dai controlli ortopedici, dagli accertamenti RM e dalla stabilizzazione dei postumi. In particolare, l'ausiliare ha dato rilievo alla frattura del trochite omerale destro, alla successiva evoluzione in quadro di capsulite adesiva, alla perdita di fibre a carico della giunzione tenomuscolare del sovraspinoso e all'ispessimento fibrotico sinoviale del recesso sottoscapolare, elementi obiettivati strumentalmente e coerenti con la limitazione funzionale poi riscontrata all'esame clinico.

La stima fiduciaria del 3% non si confronta in modo adeguato con tale quadro complessivo. Essa presuppone una menomazione minima o comunque contenuta, mentre il dato obiettivo valorizzato dal CTU è quello di una riduzione dell'escursione articolare della scapolo-omerale limitata globalmente della metà. Non si tratta, quindi, di una mera sintomatologia dolorosa soggettiva, né di un esito modesto privo di riscontro anatomico-funzionale, bensì di una limitazione articolare misurabile, stabile e coerente con il parametro tabellare richiamato dalla stessa polizza infortuni. Rileva inoltre che il CTU ha dato atto della sostanziale sovrapponibilità dell'esame obiettivo alla rilevazione clinica del medico fiduciario, sicché il dissenso si concentra sulla valorizzazione medico-legale del dato funzionale, non sulla sua esistenza.

Quanto all'eccezione dell'assicurazione convenuta relativa alle preesistenti condizioni di salute dell'assicurata, fondata sull'art. 18 delle condizioni generali, essa non può tro-

vare accoglimento. L'onere di provare l'incidenza causale delle preesistenze grava sull'assicuratore, trattandosi di fatto impeditivo o limitativo dell'obbligazione indennitaria. Non è sufficiente allegare genericamente pregresse condizioni cliniche o precedenti sinistri, occorrendo dimostrare che essi abbiano avuto concreta e specifica efficienza causale nella produzione o nell'aggravamento dei postumi dedotti in giudizio. In particolare, CP_1 richiama la perizia fiduciaria del dott. Per_1 del 14 aprile 2017 e ne trae la deduzione dell'esistenza di pregressi postumi alla spalla destra. Tuttavia, come già menzionato, tale allegazione non è decisiva in quanto la CTU, svolta in contraddittorio e fondata sull'esame complessivo della documentazione sanitaria, ha registrato in anamnesi una pregressa lussazione della spalla sinistra, non già un quadro traumatico stabilizzato della spalla destra idoneo a spiegare i postumi oggetto di causa.

Anche la menzione, nella relazione fiduciaria del 2017, di un deficit alla spalla destra correlato al pregresso carcinoma mammario non prova, da sola, una minorazione funzionale preesistente causalmente efficiente. Si tratta di un'annotazione isolata, risalente, non accompagnata da una misurazione comparativa della mobilità della spalla destra immediatamente prima del sinistro del 3 ottobre 2019 e, soprattutto, non collegata alla frattura del trochite omerale destro e alla successiva capsulite adesiva documentate dagli accertamenti strumentali del 2019-2020.

Quanto all'intervento oncologico, il CTU ha distinto il dato effettivamente risultante in anamnesi - quadrantectomia destra nel 2011 con prelievo del solo linfonodo sentinella - dalla diversa prospettazione difensiva di uno svuotamento ascellare causalmente rilevante, e ha concluso che tale precedente non ha inciso sulla funzionalità della spalla destra. La conclusione è coerente con l'assenza, negli atti esaminati dall'ausiliare, di un quadro clinico idoneo ad assorbire la spiegazione post-traumatica dei postumi.

Pertanto, anche a voler considerare i rilievi della perizia fiduciaria del 2017 come elemento indiziario, essi restano insufficienti rispetto all'onere probatorio gravante sull'assicuratore, in quanto non dimostrano né l'attualità della minorazione al momento dell'infortunio del 2019. La clausola di cui all'art. 18 non può, infatti, essere interpretata

in modo da escludere automaticamente l'indennizzo in presenza di qualunque dato anamnestico remoto o non incidente, poiché una simile lettura svuoterebbe la garanzia e sarebbe contraria ai criteri di buona fede e di interpretazione contro il predisponente. Ne consegue che i postumi permanenti accertati nella misura del 10% costituiscono conseguenza diretta dell'infortunio coperto dalla polizza.

Con riferimento poi alla contestazione di parte attrice relativa all'inadempimento contrattuale di **CP_1** per non aver aderito alla procedura peritale contemplata dalle condizioni contrattuali, essa non può trovare accoglimento quale autonoma domanda risarcitoria, per quanto di seguito precisato.

L'art. 23 delle condizioni generali prevede, in caso di disaccordo tra le parti sulla causa o natura delle lesioni ovvero sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio, il deferimento della questione a un collegio di tre medici. Dalla documentazione emerge che l'attrice, a seguito del diniego della compagnia, ha chiesto l'attivazione della procedura, indicando il proprio medico e proponendo una terna di professionisti per la nomina del terzo componente. **CP_1** non ha aderito alla procedura, comunicando di non ritenere di potervi partecipare perché, a suo dire, i postumi sarebbero stati assorbiti dalla franchigia contrattuale.

La mancata conclusione della procedura non preclude la decisione del giudice ordinario. La giurisprudenza di legittimità distingue la perizia contrattuale dall'arbitrato rituale e dall'arbitrato irrituale: quando ai terzi è demandato un accertamento tecnico senza espressa e inequivoca rinuncia alla tutela giurisdizionale, la clausola non sottrae al giudice la cognizione della pretesa, tanto più se la procedura non è stata portata a compimento. Le Sezioni Unite hanno ribadito che la perizia contrattuale può assumere natura di arbitrato irrituale solo ove ricorra una definitiva rinuncia delle parti a esercitare i propri diritti davanti al giudice ordinario; in mancanza di tale rinuncia, la perizia contrattuale resta figura atipica di natura obbligatoria, che non preclude la proposizione dell'azione giudiziaria anche sulla porzione di controversia affidata al perito (Cass. civ., Sez. Un., 30 aprile 2026, n. 11959; Cass. civ., sez. III, 29 febbraio 2016, n. 2996).

Nel caso di specie, l'art. 23 demanda al collegio medico la valutazione tecnica della causa, natura e conseguenze delle lesioni, ma non contiene una inequivoca rinuncia all'azione giudiziaria né una previsione di improponibilità della domanda in mancanza di previo esperimento della procedura. La questione è comunque superata dall'istruttoria giudiziale, culminata in CTU che ha accertato natura delle lesioni, nesso causale e grado dei postumi. La condotta dell'assicuratore rileva, dunque, ai fini della valutazione complessiva della soccombenza e della decorrenza degli accessori, non quale autonoma fonte di un ulteriore danno, rimasto privo di specifica prova.

Con riguardo alla determinazione del quantum debeatur, il punto centrale riguarda la base di calcolo e l'applicazione della Condizione Particolare D.

La convenuta, in più difese, ha richiamato l'importo originario di lire 300.000.000, pari a euro 154.937,07. Tuttavia, in esecuzione dell'ordine di esibizione del giudice, la stessa CP_1 ha depositato la videata CP_8 di portafoglio relativa alla polizza n. 77/747228233, dalla quale risulta che, alla data dell'evento, il capitale assicurato per invalidità permanente era pari a euro 220.514,42. Tale documento proviene dalla stessa compagnia, è stato depositato in adempimento di ordine giudiziale ed è coerente con la previsione di indicizzazione presente nella polizza, secondo cui le somme assicurate e il premio vengono annualmente adeguati con le modalità previste nelle condizioni di assicurazione. Deve quindi essere assunta come base di calcolo dell'indennizzo la somma di euro 220.514,42, e non l'originario controvalore in euro della somma assicurata del 1998.

Accertato un grado di invalidità permanente contrattualmente rilevante pari al 10%, occorre procedere al calcolo dell'indennizzo secondo la Condizione Particolare D. Non sono applicabili le tabelle risarcitorie del danno biologico previste per la responsabilità civile, né l'art. 139 del codice delle assicurazioni private, poiché la pretesa ha natura indennitaria e trova fonte esclusiva nel contratto. Al tempo stesso, la percentuale medico-legale accertata deve essere applicata alla somma assicurata indicizzata, risultante dagli atti, pari a euro 220.514,42.

La Condizione Particolare D prevede due fasce: una prima, originariamente pari a lire 200.000.000, soggetta a franchigia assoluta di 3 punti percentuali; una seconda, corrispondente alla parte eccedente, soggetta a franchigia assoluta di 5 punti percentuali. Tale pattuizione sostituisce l'art. 13 delle condizioni generali quanto ai criteri di liquidazione e alle franchigie, ma non deroga all'art. 20; diversa è la Condizione Particolare A, che, quando opera, prevede espressamente l'invariabilità delle somme assicurate e del premio. La Condizione Particolare D deve quindi essere letta congiuntamente alla clausola di indicizzazione.

L'art. 20 non disciplina soltanto l'adeguamento del capitale assicurato e del premio, ma stabilisce testualmente che i limiti delle somme oltre le quali si applicano le franchigie seguono l'andamento delle somme assicurate e del premio. La soglia di lire 200.000.000 prevista dalla Condizione Particolare D è esattamente il limite oltre il quale muta la franchigia, da 3 a 5 punti percentuali. Essa, pertanto, deve essere indicizzata nella stessa proporzione del capitale. Tale operazione non altera il petitum, poiché costituisce applicazione del criterio contrattuale di liquidazione alla domanda di pagamento dell'indennizzo dovuto e proposta dall'attrice anche nella diversa misura risultante dall'istruttoria.

Poiché il capitale originario di lire 300.000.000 è stato indicizzato sino a euro 220.514,42, il limite della prima fascia, pari in origine a due terzi del capitale assicurato, deve essere individuato in euro 147.009,61; la seconda fascia è pari a euro 73.504,81. La diversa impostazione che mantiene fisso il limite di euro 103.291,37 applica l'indicizzazione al solo capitale e non anche alle soglie di franchigia, in contrasto con il dato letterale dell'art. 20 e con l'interpretazione sistematica del contratto.

Sul punto va respinta la tesi della convenuta, che ha insistito sull'importo originario di lire 300.000.000, pari a euro 154.937,07. Tale importo era la somma assicurata originaria del 1998, ma la polizza prevedeva espressamente l'indicizzazione annuale delle somme assicurate e del premio. Gli estratti di portafoglio provenienti dalla stessa [...] CP_9

prodotti in giudizio, indicano una somma assicurata alla data dell'evento pari a

euro 220.514,42. Tale dato è coerente con la clausola di indicizzazione e non è stato efficacemente smentito da documentazione contraria.

Il calcolo, secondo la Condizione Particolare D, è il seguente:

a) prima fascia: euro 147.009,61 x (10% - 3%) = euro 10.290,67;

b) seconda fascia: euro 73.504,81 x (10% - 5%) = euro 3.675,24;

c) totale indennizzo capitale: euro 13.965,91.

La domanda va dunque accolta nei limiti di euro 13.965,91, oltre accessori come di seguito indicati.

Quanto al rimborso delle spese di cura, l'art. 15 delle condizioni generali prevede, entro il limite del 3% della somma assicurata per invalidità permanente, il rimborso delle spese rese necessarie dall'infortunio e sostenute per onorari medici, rette di degenza, accertamenti diagnostici, terapie fisiche, medicinali e presidi. Nella presente causa, tuttavia, non risulta formulata e provata una domanda autonoma, specificamente quantificata e documentata, di rimborso di determinate spese sanitarie diverse da quelle connesse alla difesa tecnica e medico-legale. Ogni domanda di rimborso spese di cura, ove da ritenersi proposta, va quindi rigettata per difetto di specifica allegazione e prova.

La domanda di risarcimento di ulteriori danni patrimoniali e non patrimoniali da inadempimento contrattuale va parimenti rigettata. Pur risultando infondata la posizione di **CP_1** sulla non indennizzabilità dei postumi e sulla base di calcolo, non è stata fornita prova specifica di danni ulteriori rispetto al ritardo nel pagamento dell'indennizzo, ristoro che trova adeguata disciplina negli accessori sul credito e, in altra prospettiva, nella regolazione delle spese di lite.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute per la consulenza medico-legale di parte attrice va invece accolta. La consulenza era pertinente e funzionale alla contestazione del diniego assicurativo e alla successiva instaurazione del giudizio. L'importo di euro 400,00 appare congruo rispetto alla natura dell'attività e al valore della controversia. La giurisprudenza ha chiarito che la nomina del consulente di parte implica l'assunzione dell'obbligazione di remunerarlo, sicché la relativa spesa può essere liquidata anche in

assenza di prova dell'avvenuto pagamento, salvo prova di gratuità o di estinzione del debito (Cass. civ., sez. II, 3 gennaio 2013, n. 84; Cass. civ., sez. III, 20 febbraio 2015, n. 3380; Cass. civ., sez. II, 8 settembre 2021, n. 24188). Essa va pertanto ricompresa tra le spese ripetibili.

L'indennizzo dovuto dall'assicuratore nell'assicurazione contro gli infortuni, ricondotta nell'ambito dell'assicurazione contro i danni, configura credito di valore, in quanto diretto a reintegrare la sfera patrimoniale o giuridica dell'assicurato incisa dal sinistro (ex multis Cass. civ., sez. III, 11 gennaio 2007, n. 395; Cass. civ., sez. III, 24 ottobre 2017, n. 25099; Cass. civ., sez. III, ord. 8 giugno 2023, n. 16229; Cass. civ., sez. III, ord. 18 marzo 2025, n. 7216). Quanto al criterio di liquidazione degli interessi compensativi sui debiti di valore, va richiamata la consolidata giurisprudenza di legittimità secondo cui gli interessi vanno calcolati sulla somma devalutata alla data iniziale e poi via via rivalutata anno per anno, al fine di evitare duplicazioni risarcitorie (Cass. civ., Sez. Un., 17 febbraio 1995, n. 1712).

L'importo capitale di euro 13.965,91, determinato sulla base della somma assicurata vigente alla data del sinistro, deve pertanto essere rivalutato secondo gli indici ISTAT FOI dal 3 ottobre 2019 alla pubblicazione della presente sentenza. La domanda accessoria di interessi è stata espressamente proposta e il mancato godimento dell'indennizzo è desumibile in via presuntiva dal protratto ritardo nel pagamento. Dalla pubblicazione della sentenza al saldo, poi, decorreranno gli interessi legali sulla somma complessivamente liquidata, ormai convertita in debito di valuta.

L'esito del giudizio, infine, integra prevalente soccombenza della convenuta. L'attrice vede riconosciuti l'operatività della polizza, la verifica dell'infortunio, il nesso causale, il grado di invalidità permanente accertato dal CTU e la base di calcolo fondata sul capitale indicizzato prodotto dalla stessa compagnia.

Le spese seguono detta soccombenza e si liquidano ai sensi del D.M. n. 55/2014, come modificato dal D.M. n. 147/2022, avuto riguardo allo scaglione di valore compreso tra euro 5.200,01 ed euro 26.000,00, all'attività effettivamente svolta e alle fasi di studio,

introduttiva, istruttoria e decisoria, secondo dispositivo, unitamente alla spesa di euro 400,00 relativa alla consulenza medico-legale di parte attrice.

Le spese della consulenza tecnica d'ufficio, già liquidate con separato decreto del 27 dicembre 2023 in complessivi euro 900,00 oltre IVA e CPA, previa detrazione dell'anticipo se corrisposto, vanno poste definitivamente a carico di *Controparte_10* [...] con obbligo di rimborso in favore dell'attrice di quanto eventualmente anticipato a tale titolo.

PQM

Il Tribunale di Napoli, XII Sezione civile, definitivamente pronunciando nella causa iscritta al n. 12443/2022 R.G., ogni diversa domanda, eccezione e istanza disattesa o assorbita, così provvede:

- 1) accoglie la domanda proposta da *Parte_1* nei confronti di [...] *Controparte_11* nei limiti di cui in motivazione e condanna *Controparte_1* [...] in persona del legale rappresentante pro tempore, al pagamento in favore di [...] *Parte_3* della somma capitale di euro 13.965,91, oltre rivalutazione monetaria secondo indici ISTAT FOI dal 3 ottobre 2019 alla data di pubblicazione della presente sentenza, ed oltre interessi compensativi al tasso legale da calcolarsi sulla somma via via rivalutata anno per anno dal 3 ottobre 2019 alla pubblicazione della sentenza, nonché ulteriori interessi legali sulla somma complessivamente liquidata dalla pubblicazione della sentenza stessa al saldo;
- 2) rigetta le ulteriori domande risarcitorie e di rimborso spese di cura non specificamente provate, nonché ogni ulteriore domanda non espressamente accolta;
- 3) pone definitivamente a carico di *Controparte_1* le spese della consulenza tecnica d'ufficio, già liquidate con separato decreto, con obbligo di rimborsare all'attrice quanto eventualmente anticipato a tale titolo;
- 4) condanna *Controparte_1* alla rifusione, in favore di *CP_6* *L.*, delle spese di lite, che liquida in euro 264,00 per esborsi ed euro 5.077,00 per compensi professionali, oltre rimborso forfettario, spese generali nella misura del 15%, CPA

e IVA come per legge, nonché al rimborso dell'ulteriore somma di euro 400,00 per spese di consulenza medico-legale di parte, con distrazione in favore dell'avv. Andrea Iannicelli, dichiaratosi antistatario, limitatamente ai compensi professionali e agli esborsi anticipati dal difensore.

Così deciso in Napoli il 31/7/26.

Il giudice unico

Antonio Attanasio