



**REPVBBLICA ITALIANA**  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

**TRIBVNALE DI BENEVENTO**

SEZIONE PRIMA CIVILE

---

**IL TRIBVNALE DI BENEVENTO**

in composizione monocratica, in persona del Giudice Dott. Luigi GALASSO, ha emesso la seguente

**SENTENZA**

nella causa iscritta al n. 3011/2012 R.G.A.C.

**TRA**

rapp.to e difeso, giusta procura a margine dell'atto di citazione,  
dall'Avv. \_\_\_\_\_, nel cui studio è elett.te dom.to;

*ATTORE*

**E**

**FONDIARIA – SAI ASSICURAZIONI S.P.A.**, in persona del procuratore

nel cui studio è elett.te dom.ta;

*CONVENUTA*

avente ad oggetto: “Altre ipotesi di responsabilità extracontrattuale non ricomprese nelle altre materie (art. 2043 c.c. e norme speciali)”

**CONCLUSIONI**

Il verbale dell'udienza di precisazione delle conclusioni, ed ogni altro atto, nel quale le conclusioni venivano articolate, debbono intendersi, *in parte qua*, come qui riportati.

**SVOLGIMENTO DEL PROCESSO**

traeva in giudizio, innanzi a questo Tribunale, la FONDIARIA – SAI ASSICURAZIONI S.P.A., affinché fosse accertato che la convenuta fosse obbligata «a risarcire le lesioni riportate dall'attore a seguito dell'infortunio verificatosi in palestra durante lo svolgimento degli esercizi di Body Building in base alla Convenzione Infortuni-polizza madre n. M29028107/4 con la quale si assicurano tutti gli iscritti CSEN contro gli infortuni»: di conseguenza, chiedeva che la convenuta fosse condannata a pagare il «risarcimento», con aggiunta di «spese, rivalutazione ed interessi



*legali dal giorno del sinistro al soddisfo effettivo»*; quanto alle spese, enunziava la somma complessiva di euro 93,50, portata da tre documenti prodotti.

L'attore assumeva di aver patito il menzionato infortunio il 9 Gennaio 2012, nella palestra "A", «di cui riveste la qualità di Presidente», posta a San Giorgio del Sannio: in particolare, riportava la distrazione del muscolo pettorale sinistro, che cagionava un'invalità permanente del 9% (calcolata secondo le tabelle dell'INAIL).

Egli era iscritto al C.S.E.N. (organismo individuato, nella citazione, col solo acronimo), e, come tale, garantito, contro gli infortuni, dalla società convenuta.

Si costituiva la convenuta, la quale dichiarava di non contestare l'avvenuto infortunio, ma di eccepire che l'indennizzo doveva essere calcolato, secondo polizza, conformemente alla c.d. Tabella Melandri, introdotta dal D.M. 152, in data 16 Aprile 2008.

La polizza, inoltre, prevedeva una franchigia del 6% (nella specie, i postumi erano pari al 4%), e non contemplava l'inabilità temporanea, né il danno morale, ma il caso morte, l'invalità permanente (con la franchigia menzionata), ed una diaria da ricovero ed ingessatura, pari ad euro otto (decorrente del sesto giorno dall'inizio della degenza ospedaliera: nella fattispecie, assente).

Mediante la prima memoria *ex art. 183, co. 6, c.p.c.*, l'attore eccepiva la vessatorietà del richiamo alla c.d. Tabella Melandri, poiché a lui rimaneva oscuro, nell'aderire alla polizza, che potesse essere stato previsto un simile richiamo.

Trattata ed istruita la causa, mediante documenti e duplice attività di c.t.u., venivano precisate le conclusioni, ed assegnati i termini *ex art. 190 c.p.c.*

Il con la comparsa conclusionale, eccepiva, altresì, che la clausola sulla franchigia fosse vessatoria.

### **MOTIVI DELLA DECISIONE**

1.a L'assicurazione veniva stipulata dal Centro Sportivo Educativo Nazionale, a vantaggio degli iscritti (art. 1 delle condizioni particolari di polizza), i quali si presentano come terzi beneficiari.

Tra costoro era, al momento del sinistro, l'attore.

Il benché non contraente, ma beneficiario della garanzia, può, egualmente, opporre all'assicuratore la vessatorietà di clausole del contratto di assicurazione: cfr. Cass. civ., Sez. III, 20.8.2015, n. 17024, la quale, con riguardo al contratto d'assicurazione sulla vita, afferma (in motivazione): «2.2. Nella parte in cui invoca il vizio di motivazione, il motivo è infondato. Il beneficiario d'una assicurazione sulla vita, infatti, può esercitare i diritti nascenti dal contratto, e se gli vengono negati sulla base d'una certa pattuizione contrattuale, egli ha facoltà di invocarne la nullità contrattuale: e ciò non è affatto in contraddizione con la regola secondo cui l'azione di annullamento va proposta nei confronti di chi il contratto ha



concluso, non nei confronti di chi ne trae beneficio.» (si legga, altresì, l'ordinanza n. 235/2004, resa dalla Corte Costituzionale).

1.b L'attore, nel dolersi di non aver compreso quale fosse il metodo di determinazione del danno e dell'indennizzo (l'eccezione, peraltro, non sembra attenere alla vessatorietà della clausola, bensì alla determinabilità dell'oggetto), non considera che, contestando il testuale richiamo al «Decreto Ministeriale del 16 aprile 2008 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 152 in tema di Assicurazione Obbligatoria degli Sportivi» (cfr. la “Appendice di Variazione Operativa per il Tesseramento 2009/2010”, allegata alla polizza”), egli vuole inficiare una menzione esplicita, e di agevole comprensione (costituisca o meno il decreto una fonte del diritto, come assume la parte convenuta), mediante la lettura di un numero della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, ossia di una pubblicazione ufficiale dello Stato, sempre reperibile.

Si tratta di una doglianza che implica carenza di diligenza nell'accertamento del contenuto di patti negoziali, dei quali si voleva beneficiare.

Che, poi, si tratti di elementi che richiedono una competenza tecnica, nulla muta: del resto, anche un qualunque altro parametro, da adottare per l'accertamento della percentuale dell'invalidità permanente, richiederebbe delle conoscenze specifiche.

Tale conclusione, raggiunta in diritto, peraltro, non influisce sulla decisione: manca, infatti, nella c.d. Tabella Melandri, l'indicazione specifica della concreta patologia, accertata mediante la consulenza tecnica d'ufficio.

1.c Quanto alla franchigia, si tratta di questione rilevabile d'ufficio (l'attore la sollevava soltanto mediante la comparsa conclusionale), essendo stato allegato, sin dall'inizio (tanto dall'attore, quanto dalla convenuta), il fatto costitutivo dell'eccezione, ossia la clausola contrattuale (cfr., nuovamente, Cass. civ., Sez. III, 20.8.2015, n. 17024, § 1.5.1. della motivazione; cfr., altresì, Cass. civ., Sez. III, 14.3.2014, n. 5952

Si tratta di clausola vessatoria, di cui non risulta la specifica sottoscrizione, nel testo delle condizioni generali negoziali: con la medesima clausola, trattandosi di franchigia espressamente qualificata come assoluta, non si delimita l'indennizzo ai soli sinistri che cagionino un'invalidità permanente maggiore di una determinata percentuale (il 6%), ma si limita, in ogni caso, la responsabilità dell'assicuratore (art. 1341, co. 2, c.c.), prevedendo la detrazione, dall'indennizzo medesimo, di una quota percentuale, a prescindere dall'entità del danno.

Al contrario, un'eventuale franchigia relativa, ossia la previsione che l'infortunio meno grave non venga indennizzato affatto, ma che quello superiore alla percentuale di franchigia venga indennizzato *in toto*, avrebbe concretato mera delimitazione dell'oggetto della garanzia: così non incorrendo nella sanzione della nullità.

Rimane ininfluyente la circostanza che la disciplina dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni subiti dagli sportivi dilettanti (D.P.C.M. 3 Novembre 2010) preveda, esplicitamente (art. 11, co. 2), la possibilità dell'introduzione di una franchigia: la natura contrattuale della clausola, infatti, non muta, trattandosi di una norma intesa a fissare, piuttosto, l'entità massima della franchigia medesima (al più, il 10%).



2. Delle due consulenze tecniche d'ufficio, la seconda, redatta (dietro indicazione dello stesso primo c.t.u.: cfr. il verbale dell'udienza del 26 Settembre 2016) da specialista in ortopedia, verrà adoperata ai fini della presente decisione, in ragione della specializzazione del medico che la redigeva.

L'ausiliario accertava (pag. 9 della relazione) che il \_\_\_\_\_ presentava «*Esiti di lacerazione del muscolo grande pettorale di sinistra con algia e limitazione funzionale dell'art. scapolo-omerale omolaterale (spalla sinistra – non dominante) per ¼ dei movimenti globali*»: la percentuale di invalidità permanente è pari all'8%, «*secondo il tabellario INAIL*».

Quest'ultimo criterio, ossia il ricorso al «*tabellario INAIL*», va condiviso anch'esso: come già detto innanzi, infatti (§ 1.b), nella c.d. Tabella Melandri non si rinviene una specifica menzione della patologia, accertata dal c.t.u. (nemmeno il primo ausiliario, nonostante la specifica indicazione impartita dal Giudice, e benché individuasse anch'egli la medesima patologia, sebbene in una forma meno grave, poteva rinvenire nella c.d. Tabella Melandri un riferimento esatto: egli, infatti, stimava la percentuale di invalidità permanente secondo i «*più seguiti baremes*» (pag. 6 della relazione).

Si noti che la convenuta non indica mai quale voce della c.d. Tabella Melandri condurrebbe alla diversa percentuale del 4%, dalla medesima convenuta ritenuta la più adeguata: né, tanto meno, l'assicuratore presentava una propria perizia medica, oppure osservazioni all'una od all'altra delle cc.tt.u.

Come si desume dalle condizioni di polizza, dalla normativa entro cui era inserita la c.d. Tabella Melandri (D.M. 16 Aprile 2008), e, infine, dal citato D.P.C.M. 3 Novembre 2010 (v. l'art. 10, co. 1, lett. 'b'), il calcolo dell'indennizzo per l'invalidità permanente va condotto applicando la percentuale d'invalidità al massimale, pari (così l'Appendice di variazione operativa per il tesseramento 2009/2010) ad euro 80.000,00: ne deriva, nella specie, una somma di euro 6.400,00.

Tale importo è attuale al giorno del sinistro, ossia al 9 Gennaio 2012, e, da allora ad oggi, va maggiorato della rivalutazione monetaria (da calcolarsi al tasso ISTAT dell'incremento dei prezzi al consumo per le famiglie degli impiegati e degli operai).

L'incremento discende dalla natura di obbligazione di valore dell'obbligazione indennitaria (Cass. civ., Sez. III, 11.1.2007, n. 395: «*In tema di assicurazione contro i danni, nel cui ambito deve essere ricondotta l'assicurazione contro gli infortuni, il debito di indennizzo dell'assicuratore, ancorché venga convenzionalmente contenuto, nella sua espressione monetaria, nei limiti di un massimale, configura debito di valore, non di valuta, in quanto assolve una funzione reintegrativa della perdita subita dal patrimonio dell'assicurato, e, pertanto, è suscettibile di automatico adeguamento alla stregua della sopravvenuta svalutazione monetaria. Tale effetto deriva anche in virtù del costante riferimento al risarcimento del danno ed al valore della cosa assicurata in tutte le disposizioni normative che regolano la materia, con particolare riguardo a quelle contenute negli artt. 1905 e 1908 cod. civ.*», seguita da Cass. civ., Sez. III, 12.2.2008, n. 3268; sulla necessità di rivalutare l'indennizzo, nel caso, in generale, dell'assicurazione contro i danni, da ult., cfr. Cass. civ., Sez. III, 28.7.2015, n. 15868).



Sulla somma rivalutata anno dopo anno spettano gli interessi compensativi, al tasso legale (si legga, da ult., la motivazione di Cass. civ., Sez. III, 8.11.2016, n. 22607, che impone, in generale, il ristoro del danno cagionato dalla mancata immediata disponibilità del denaro, precisando che unicamente la pretesa di un tasso maggiore debba essere sostenuta da specifica prova).

La rivalutazione dovrà essere calcolata sino alla data della presente sentenza, perché mediante la liquidazione l'obbligazione di valore si converte in obbligazione di valuta.

3. Come eccepisce, correttamente, la convenuta, la polizza non prevede l'indennizzo dell'inabilità temporanea, né del danno morale, né il rimborso delle spese mediche, ma soltanto (artt. 2, 3 e 4 delle condizioni particolari), oltre alla morte ed all'inabilità permanente, una diaria da ricovero (decorrente dal sesto giorno di degenza) e gessatura: nella specie (cfr. il verbale di Pronto Soccorso, e la rimanente documentazione medica), l'attore non subiva né una degenza ospedaliera, né una gessatura (o altro trattamento considerato equivalente dalla polizza).

4. Le spese di lite seguono la soccombenza e sono liquidate nel dispositivo.

Tra le spese di lite può essere compresa quella per l'attività del consulente tecnico di parte, il quale giungeva a risultati quasi eguali a quelli del c.t.u.: la somma, del resto, si presenta congrua anche nel suo ammontare (euro 450,00).

Le spese di c.t.u., conseguentemente, dovranno essere sopportate, definitivamente, dalla convenuta.

**P.Q.M.**  
**IL TRIBUNALE**

definitivamente pronunciando nella causa iscritta al n. 3011/2012 R.G.A.C., promossa da  
contro la **FONDIARIA – SAI ASSICURAZIONI S.P.A.**,  
costituitasi in persona del procuratore Dott.ssa Silvia TUNDO, ogni diversa domanda,  
eccezione, richiesta disattesa, così decide:

1. condanna la **FONDIARIA – SAI ASSICURAZIONI S.P.A.** a pagare a  
la somma di euro 6.400,00, oltre alla rivalutazione monetaria  
(da calcolarsi al tasso ISTAT dell'incremento dei prezzi al consumo per le famiglie  
degli impiegati e degli operai), con decorrenza dal 9 Gennaio 2012, sino alla data della  
presente decisione: oltre, ancora, agli interessi legali, sulla somma rivalutata anno per  
anno (i soli interessi legali, dalla data della sentenza al soddisfo);
2. condanna la **FONDIARIA – SAI ASSICURAZIONI S.P.A.** a rifondere a  
le spese di lite, liquidate in euro 4.835,00 per compensi ed in  
euro 554,21 per esborsi, oltre al rimborso delle spese generali secondo i vigenti  
parametri, all'I.V.A. ed alla Cassa come per legge;
3. pone a carico della convenuta, in via definitiva, le spese di c.t.u.

Benevento, 12 Gennaio 2018



---

IL GIUDICE  
DOTT. LUIGI GALASSO

IL CASO.it

