

**Abstract.** *Il Tribunale, affiancandosi alla prevalente dottrina, ha ritenuto vessatoria e quindi nulla, a tutela del consumatore, la clausola contrattuale che, nei contratti di assicurazione privata, affidi ad arbitri tecnici la facoltà di accertare non solo l'ammontare della somma da risarcire ma anche l'entità del danno.*

*Ciò posto rigettando l'eccezione di improponibilità della domanda sollevata dall'Assicurazione convenuta per non aver l'attore atteso il lodo arbitrale, ha accolto la domanda attorea condannando l'Assicurazione convenuta al pagamento dell'indennizzo previsto in polizza per invalidità permanente contratta a seguito di grave incidente.*

\*\*\*\*\*

REPUBBLICA ITALIANA

In nome del popolo italiano

IL TRIBUNALE DI PERUGIA

Sezione Civile nella persona del Giudice Onorario dott.ssa XXXX, ha pronunciato la seguente:

**SENTENZA**

nella causa civile R. G. N. XXXX promossa da:

XXXX, rappresentato e difeso infine dall'Avv. XXXX del foro di XXXX ed elettivamente domiciliato presso lo studio dell'Avv. XXXX in XXXX via XXXX N. XXXX, giusta delega in calce alla comparsa di costituzione

-attore-

**CONTRO**

YYYY ASSICURAZIONI SpA già YYYY ASSICURAZIONI in persona del legale pro tempore con sede in YYYY, Piazza YYYY n. YYYY, rappresentata e difesa dall'Avv. YYYY ed elettivamente domiciliata per il presente giudizio presso il suo studio in YYYY via YYYY n. YYYY in forza di procura in calce alla comparsa di costituzione.

-convenuta-

OGGETTO: altri contratti tipici ed obbligazioni non rientranti nelle altre materie.

### **CONCLUSIONI:**

Le parti precisavano le conclusioni come dagli atti e verbali di causa.

### **SVOLGIMENTO DEL PROCESSO**

Con atto di citazione regolarmente notificato, l'attore conveniva in giudizio la Compagnia assicuratrice indicata in epigrafe per sentir accogliere le proprie conclusioni volte all'indennizzo per invalidità permanente contratta a seguito di grave incidente occorsogli in data ZZZZ.

Sosteneva di aver diritto, per la gravità delle lesioni subite, quale indennizzo alla somma complessiva di € 167.202,92, come previsto dalla polizza da lui stipulata con la compagnia convenuta.

Si costituiva ritualmente in giudizio la YYYY Assicurazioni S.p.A. contestando la fondatezza della domanda avversaria chiedendone il rigetto integrale.

La convenuta assicurazione, eccepiva in via pregiudiziale, la nullità della citazione in pendenza di una procedura arbitrale e quindi l'improponibilità della domanda dell'attore.

Riteneva infine illegittima l'ordinanza del giudice emessa ex art. 186 quater in data

22/12/2007, in quanto emessa inaudita altera parte e ne chiedeva la revoca. Sosteneva infine l'infondatezza della perizia medica espletata dalla Prof.ssa XXXX e ne chiedeva la rinnovazione.

Seguiva lunga e tortuosa istruttoria, quindi la causa veniva decisa all'udienza del 16/10/08, con assegnazione alle parti dei termini massimi di legge ex art 190 c.p.c. per le memorie conclusionali.

### **MOTIVI DELLA DECISIONE**

La domanda è fondata e merita essere accolta, nei limiti di quanto di seguito determinato.

La domanda attorea si fonda esclusivamente sul presunto diritto dell'attore all'indennizzo, adeguatamente applicato, alle condizioni contrattuali della polizza assicurativa privata stipulata ed in relazione alla quantificazione del danno subito ed accertato in via giudiziale.

Si deve rigettare l'eccezione preliminare di improponibilità ed improcedibilità sollevata dalla convenuta, in quanto la clausola contrattuale riguardante l'arbitrato, viene considerata ormai dalla prevalente dottrina, a tutela del consumatore, vessatoria e quindi non ne determina l'applicabilità in via esclusiva.

Nella fattispecie l'attore è rimasto per due anni e mezzo in attesa del lodo arbitrale che, per problematiche procedurali dovute alle condizioni generali della polizza, non è riuscito ad ottenere dalla assicurazione alcuna quantificazione di risarcimento per il danno subito.

Analogamente il Giudice dott. XXXX definì nulla la clausola compromissoria in quanto vessatoria e decise la prosecuzione dell'azione in via giudiziale.

Inoltre si ritiene nulla la clausola arbitrale contenuta nel contratto assicurativo qualora assegni agli arbitri tecnici la facoltà di accertare l'entità del danno e non invece solo l'ammontare della somma da risarcire.

Prova ne è che il danneggiato si troverebbe ad affrontare un doppio giudizio, sia davanti al Tribunale ordinario per la valutazione sull'entità del danno, sia mediante il Collegio arbitrale, per stabilirne l'ammontare risarcibile.

Dal momento che egli non può essere costretto a rinunciare ad avvalersi dell'autorità giudiziaria, in caso di disaccordo sulle conseguenze del sinistro, sorte successivamente all'instaurazione della lite, ed in questa seconda ipotesi gli sarà preclusa la via dell'arbitrato, si deve inevitabilmente affermare la nullità della clausola contenuta nel contratto di assicurazione.

Il rigetto dell'eccezione di improponibilità e di improcedibilità, sollevate dalla convenuta Assicurazione, secondo questo orientamento contenuto in recenti sentenze, è consequenziale.

Per quanto eccepito inoltre dalla convenuta Assicurazione, in merito alle irritalità delle operazioni peritali esperite, si ritiene le critiche infondate in quanto vertono sulla sola qualificazione dell'attività lavorativa dell'attore, in base alla quale viene rapportata l'applicazione della condizione contrattuale della polizza prevista sub G. Infatti gli esiti invalidanti accertati, sia dalla dott.ssa XXXX che dalla dott.ssa YYYY, sono sovrapponibili nel riconoscimento delle menomazioni permanenti subite dall'attore a seguito dell'incidente.

La stessa Assicurazione riscontrava nel danno una riduzione della capacità lavorativa, senza però quantificare il risarcimento adeguato. La descrizione dei postumi invalidanti, fatta da entrambe le dottoresse nominate CTU, è stata identica, ad esempio: *“accorciamento di Cm. 2 della gamba destra, zoppia, accosciamento incompleto, ridotta funzionalità dell'arto superiore sinistro, del ginocchio e della caviglia destra”*.

Ogni accertamento al quale l'attore sia sottoposto è stato sempre valutato con i medesimi risultati, raggiungendo prova certa in relazione alla invalidità contratta, pertanto la decisione verte esclusivamente sulla verifica della capacità a svolgere la propria attività lavorativa, verificate le specifiche mansioni. Il CTU ha valutato complessivamente nel 35% i postumi invalidanti dell'attore, in riferimento alla polizza privata infortuni in essere, circa la capacità lavorativa generica.

Con riguardo invece alla capacità lavorativa specifica, riferita all'attività da lui stesso indicata, il CTU ha riconosciuto in capo all'attore una incapacità del 100%. Dall'elaborato peritale, posto che il consulente, dott.ssa YYYY, ha effettuato un attento esame del caso e che le sue conclusioni sono frutto di valutazioni coerenti sia sul piano logico che su quello giuridico, se ne condividono le conclusioni, le quali formano parte integrante della presente decisione. Dalle motivazioni fin qui argomentate, consegue che il danno subito ed accertato tramite la perizia del CTU debba essere idoneamente risarcito, a carico della convenuta, nella misura che segue:

- per quanto concerne l'invalidità permanente, questa è stata valutata attraverso la consulenza medico legale, che ne ha accertato la percentuale invalidante pari al 100% e per la quale, l'entità risarcitoria prevista in £ 300.000.000 è uguale ad € 154.937,07;
- per quanto riguarda l'inabilità temporanea, riscontrata in 13 giorni di inabilità temporanea totale ed in due mesi l'inabilità temporanea parziale al 50%, si calcola a titolo di risarcimento la somma di £ 18.250.000 pari ad € 9.425,34;
- per quanto riguarda la somma che si reputa di dover risarcire è di £. 1.500.000, dovuta a titolo di diaria per il ricovero, è pari ad € 774,69;
- per quanto riguarda l'integrazione alla diaria per "ricovero gessatura", prevista alla lettera A 1 della polizza in £. 3.000.000, con un limite massimo di giorni 60, si ritiene di dover di dover liquidare tale somma equivalente in €1.549,37.

Per le motivazioni spiegate pertanto, il ricorso è stato integralmente accolto in quanto al ricorrente è stato riconosciuto un danno della massima entità prevista dalla polizza assicurativa stipulata. Dalla somma che gli è ancora dovuta, e che ammonta totalmente ad € 166.686,47, opportunamente rivalutata e maggiorata di interessi legali, dovrà essere detratto l'acconto percepito di €. 1.420,26, quale provvisionale.

Per quanto eccetto dalla convenuta assicurazione in merito alla revoca del provvedimento emesso ex art. 186 quarter, ritenuto illegittimo poiché emesso da un

magistrato onorario, si ritiene la motivazione non meritevole di giustificazioni. Infatti il provvedimento legittimamente emesso ex art. 186 quarter c.p.c. da codesto Tribunale, dispone il pagamento delle somme dovute all'attore, nei limiti della prova ritenuta raggiunta, e cioè sulle conclusioni fornite dalla perizia medico-legale espletata.

L'ordinanza è revocabile solamente con la sentenza che definisce il giudizio. Orbene la decisione presa attraverso l'ordinanza aderisce oggi in sede definitiva alla medesima considerazione espressa nel provvedimento emesso, circa il raggiungimento della prova, sulla condizione di invalidità dell'attore, per quanto risulta accertato in istruttoria, in occasione delle risultanze peritali spiegate. Si ritiene, come precedentemente affermato, che il consulente medico nominato d'ufficio, abbia esaminato il caso e, correttamente e coerentemente abbia raggiunto conclusioni logiche e giuridiche, le quali formando parte integrante della presente decisione, debbano ritenersi la prova provata del presente giudizio. La compagnia Assicurativa sostiene erroneamente che l'attore possa continuare a svolgere l'attività di prima, ritenendo possibile nella società composta di due soci, che uno svolga mansioni di officina e l'altro d'ufficio. Evidentemente l'ipotesi non è realistica, infatti in ogni piccola società a conduzione familiare, formata nel caso in esame da due fratelli meccanici, la parte manuale deve essere proporzionalmente svolta, così come equamente divisi i carichi di lavoro.

L'attività generica di meccanico, indicata in polizza, comprende ognuna delle mansioni svolte in officina, che analizzate singolarmente, sono ciascuna di specifica peculiarità: le quali attività, singolarmente considerate, risultano oggi tutte precluse all'attore, per via dell'incidente subito; determinando quindi nella sua condizione lavorativa specifica una invalidità totale al 100%.

Questa considerazione si evince chiaramente dalle valutazioni espresse dalla Prof.ssa XXXX nella stesura del proprio elaborato peritale, sulla descrizione delle condizioni invalidanti riscontrate nell'accertamento effettuato sull'attore.

Concludendo quindi si deve considerare applicabile la clausola contrattuale

contenuta nella polizza al punto sub G.  
Per questo motivo si conferma l'ordinanza emessa ex art. 186 quater c.p.c., integrata e corretta per gli importi adeguatamente convertiti in euro e già espressi in dettaglio precedentemente.

Non trova accoglimento invece la richiesta espressa dall'attore in riferimento alle somme reclamate a titolo di interessi raddoppiati rispetto a quelli legali, in quanto non previsti da alcuna norma di legge.

Quanto all' onere delle spese, segue la soccombenza e la disciplina di legge, e si liquidano come da provvedimento emesso ex art. 186 quater c.p.c. il 22/11/2007.

Le spese di CTU sono definitivamente poste a carico della parte convenuta, come liquidati nei provvedimenti del 3/07/07 e dell'11/07/07.

#### **P.Q.M.**

Il Tribunale nella persona del GOT dott.ssa XXXX, in funzione di Giudice monocratico, definitivamente decidendo sulla causa presentata da XXXX nei confronti di YYYY Assicurazioni S.p.A. così provvede:

- accoglie il ricorso e condanna la convenuta a pagare all'attore, la somma di € 165.266,21 oltre interessi legali dal dovuto al saldo: (l'importo diminuito dell'acconto di € 1420,26 è calcolato sulla somma totale di € 166.686,47 - di cui € 154.937,07 per invalidità permanente, € 9.425,34 per invalidità temporanea, € 774,69 a titolo di diaria per il ricovero, € 1549 ,37 per l'integrazione alla diaria);

- condanna la convenuta assicurazione a rifondere all'attore le spese di lite, che si liquidano come da provvedimento emesso ex art. 136 quater c.p.c. in € 4.800,00 di cui € 3.000,00 per onorari ed € 1.800,00 per diritti, oltre spese forfettarie, IVA e CAP come per legge.

Pone definitivamente a carico della convenuta le spese di CTU, come liquidati nei provvedimenti appositi.

Perugia, 21/05/2009.

**IL GIUDICE**