



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
Tribunale Ordinario di Vicenza

Il Tribunale Ordinario di Vicenza , SEZIONE PRIMA in composizione monocratica in persona del magistrato dott. [REDACTED] ha pronunciato la seguente

SENTENZA

definitivamente provvedendo nella causa n.5060/2020 promossa con atto di citazione e iscritta a ruolo il 1.9.2020 da:

[REDACTED]
(C.F. [REDACTED])
rappresentato e difeso dall'avv. [REDACTED]
(C.F. [REDACTED]) e dall'avv. [REDACTED]
[REDACTED] con domicilio eletto presso lo studio dello stesso in [REDACTED]
[REDACTED]

attore

CONTRO

[REDACTED] (C.F. [REDACTED])
rappresentato e difeso dall'avv. DALAN FEDERICA (C.F.: [REDACTED]) e
con domicilio eletto presso lo studio dello stesso in Piazzale Castagnara 17
35010 Cadoneghe,

convenuta

conclusioni delle parti: come da fogli allegati al verbale d'udienza del 13.10.2022:

CONCLUSIONI PER L'ATTORE

1. Accertato il verificarsi del sinistro in data 21.10.2017 ed accertata, altresì, la copertura assicurativa, in virtù della polizza n. 79537898 in atti e l'operatività della stessa alla fattispecie, condannare la soc. [REDACTED], in persona del legale rappresentante *pro tempore*, a pagare al sig. [REDACTED] la somma di euro 76.961,60 o quella diversa che dovesse essere accertata in corso di causa od essere ritenuta di giustizia, a titolo di indennizzo dovuto in virtù della suddetta polizza, al netto delle relative franchigie, oltre agli interessi legali ed alla rivalutazione monetaria maturati dalla data dell'infortunio, o in subordine, dalla domanda, sino al soddisfo effettivo.



2. Spese e compensi di causa, comprensivi delle spese di CTU e di CTP (all. 53), rifusi, con distrazione in favore dei sottoscritti avvocati, che hanno anticipato le prime e non percepito i secondi.

In via istruttoria

A. Si produce il preavviso di parcella del CTP, dott. [REDACTED]

B. Si insiste per l'ammissione delle istanze istruttorie articolate nella seconda memoria ex art. 183 c.p.c. del 15.02.2021 e nella terza memoria ex art. 183 c.p.c. del 04.03.2021, fin qui non ammesse dal Giudice.

C. Disporsi la chiamata a chiarimenti del CTU medico-legale al fine di rispondere alle osservazioni formulate dal CTP, [REDACTED], nelle note del 01.06.2022, allegate alla perizia medico-legale del 06.06.2022.

In particolare per quanto riguarda l'accertamento del nesso causale tra il sinistro del 21.10.2017 e la rottura del tendine sovraspinato patita dal sig. [REDACTED] rispetto al quale il CTU, dott. [REDACTED], non si è pronunciato.

CONCLUSIONI PER LA CONVENUTA

Nel merito

In via principale. Accertata e dichiarata che l'attore, per il sinistro per cui è causa, ha percepito dall' [REDACTED]

-un indennizzo per l'indennità temporanea pari ad € 14.361; -il rimborso di spese mediche per € 757,50 + € 304 per visita specialistica;

oltre a percepire attualmente:

-una rendita capitalizzata in € 82.946,74, di cui € 42.020,77 per danno biologico ed € 40.926,47 per danno patrimoniale,

rigettare le domande attoree tutte in applicazione del principio indennitario (*Cassazione civile, Sezioni Unite, n. 12565/2018*). Spese di lite rifuse.

In via subordinata. Per la denegata ipotesi in cui domanda attorea si ritenesse accoglibile ed il principio indennitario non applicabile al caso di specie, accertata e dichiarata la reale entità delle lesioni subite da [REDACTED] ed i relativi importi di danno indennizzabili a sensi e termini dell'invocata garanzia contrattuale, rigettarsi comunque le domande attoree come svolte e limitarsi la chiesta condanna in conformità a quanto risulterà dovuto sulla scorta ed in applicazione della polizza invocata e nei limiti della stessa, eliminata ogni voce e/o somma non dovuta perché non spettante e/o esagerata (anche in applicazione degli scoperti e delle franchigie di contratto). Spese di lite compensate e/o rapportate agli esiti di causa.

CONCISA ESPOSIZIONE DELLE RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE (ART.132 C.P.C.)

Con l'atto di citazione in epigrafe indicato l'attore [REDACTED], premesso di avere stipulato con [REDACTED] un contratto assicurativo denominato "UNIVERSO PERSONA", polizza infortuni con decorrenza 21.6.2017, che copriva gli infortuni verificatisi nello svolgimento delle attività professionali, esponeva che:

- in data 23.10.2017 mentre stava prestando la propria opera (decoratore/stuccatore/gessaio) a favore di un privato in Sandrigo (VI), era scivolato accidentalmente nel vano scale, appoggiando il braccio destro per attutire la caduta;



-si era recato al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Noventa Vicentina e quindi al Pronto Soccorso dell'Ospedale di Vicenza, dove gli veniva inizialmente diagnosticato un *"trauma contusivo arto superiore e spalla dx con parestesie alle ultime 2 dita"* (all. 3;

-dalle successive visite specialistiche e dalle indagini, anche di tipo strumentale, la diagnosi era poi risultata di *"valido trauma contusivo-distorsivo cervicale e della spalla destra, con frattura del trochite e rottura della cuffia dei rotatori"* (all.ti 4-25). Tutto ciò premesso, sulla base di una consulenza tecnica medico legale del dott. [REDACTED] l'attore chiedeva il risarcimento dei danni, quantificato in complessivi euro 76961,60 per : invalidità temporanea per giorni 358, danno biologico al 27%, danno alla vita di relazione al 10%, indennità da ricovero 3 giorni, indennità per convalescenza, spese mediche dedotta la franchigia di euro 100,00, spese di consulenza medico-legale.

Parte convenuta [REDACTED], costituitasi, premetteva che la polizza sottoscritta dal [REDACTED] garantisce gli infortuni dovuti *'a causa fortuita, violenta ed esterna'* che producono *'lesioni fisiche obiettivamente constatabili'*, e che ai sensi dell'art. 2.2: *'Non sono equiparati ad infortunio e sono quindi esclusi dall'Assicurazione i seguenti casi: ...o) rottura sottocutanea dei tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza)'*.

Quanto all'invalidità permanente secondo l'art. 2.5):

a) *si considerano solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana in-dipendentemente dalle condizioni fisiche o patologiche preesistenti e/o sopravvenute;*

b) *in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente ...'*

Ciò posto, osservava che :

-nel verbale del pronto soccorso (doc.3 attoreo) è indicato un *'trauma contusivo all'arto superiore e alla spalla destra'*;

-il referto della radiografia effettuata nell'immediatezza attesta: *'Non sono evidenti lesioni ossee traumatiche ...'*;

-le cartelle cliniche relative ai ricoveri del [REDACTED] (doc.ti 15 e 18) indicano la diagnosi: *'Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori'*;

-il primo documento a riportare il riferimento ad una frattura del trochite è il certificato del medico di base datato 2.01.2018.

Pertanto la convenuta eccepiva l'inoperatività della polizza, in quanto la rottura della cuffia dei rotatori era evento che trovava la sua origine in un fenomeno degenerativo e le conseguenze lesive invocate dall'attore non avrebbero potuto determinarsi con una caduta quale quella di cui si discute, in una spalla perfettamente sana, pertanto



le lesioni subite da [REDACTED] [REDACTED] apparivano riconducibili non ad una *'causa fortuita, violenta ed esterna'*, ma ad una patologia preesistente ai fatti per cui è causa e priva di nesso di causa con gli stessi.

Affermava inoltre che [REDACTED] non aveva mai trasmesso al medico della compagnia assicurativa gli esiti degli accertamenti strumentali cui si era sottoposto, nè la documentazione dell' [REDACTED]

La convenuta contestava le voci di danno esposte dall'attore in quanto non dovute ed eccessive, in particolare rilevando che, comunque, non potrebbero competere tutte le voci legate alla patologia degenerativa, ivi comprese quelle legate ai due ricoveri ospedalieri e alle relative spese, che non sembravano sussistere i presupposti per l'invocato danno alla vita di relazione e che nulla, in ogni caso, potrebbe competere per la relazione medico legale di parte, voce, comunque, indimostrata.

Nel corso della fase istruttoria veniva richiesta all' [REDACTED] ex art. 213 cpc la documentazione relativa all'infortunio, ed era disposta CTU medico legale affidata al dott. [REDACTED], con facoltà di farsi affiancare da uno specialista medico radiologo, che il CTU stesso individuava nel dott. [REDACTED]

La causa veniva infine rinviata per la precisazione delle conclusioni all'udienza del 13.10.2022.

Vanno preliminarmente rigettate le istanze istruttorie riproposte in sede di precisazione delle conclusioni in quanto il CTU ha dato atto delle osservazioni ricevute dai Consulenti Tecnici di Parte e ha già risposto alle osservazioni dei CTP di parte nella relazione depositata.

Il Consulente Tecnico d'Ufficio, previa accurata indagine svolta nel pieno contraddittorio delle parti, dei loro difensori e dei Consulenti Tecnici di Parte, secondo indiscussi criteri tecnico scientifici, ha concluso la propria disamina in modo adeguatamente documentato e privo di vizi logici.

Il CTU ha altresì esaminato le osservazioni delle parti, rispondendo alle stesse in modo esauriente e pienamente convincente della bontà delle sue conclusioni finali. Secondo la giurisprudenza della Suprema Corte, infatti, *"Il giudice del merito, quando aderisce alle conclusioni del consulente tecnico che nella relazione abbia tenuto conto, replicandovi, dei rilievi dei consulenti di parte, esaurisce l'obbligo della motivazione con l'indicazione delle fonti del suo convincimento; non è quindi necessario che egli si soffermi anche sulle contrarie allegazioni dei consulenti tecnici di parte che, seppur non espressamente confutate, restano implicitamente disattese perché incompatibili con le conclusioni tratte. In tal caso, le critiche di parte, che tendano al riesame degli elementi di giudizio già valutati dal consulente tecnico, si risolvono in mere argomentazioni difensive.*

(Cass.Sez. 1, Sentenza n. [282](#) del 09/01/2009 ;

Cass. Sez. 6 - 3, Ordinanza n. [1815](#) del 02/02/2015)

Dalla CTU del dott. [REDACTED] è emerso che il [REDACTED] ha riportato un *'trauma distorsivo del rachide cervicale ed un trauma contusivo-distorsivo della spalla destra'*, compatibili con la caduta descritta dall'attore, e ha subito due interventi



chirurgici alla spalla. Dopo avere riportato la documentazione medica osserva il CTU :

-fatta questa ricostruzione storica della vicenda clinica, al fine di appurare la natura e l'entità delle lesione a carico della spalla a destra si è disposta ... la revisione della iconografia radiologica di interesse affidandola allo specialista Dr. [REDACTED], il quale ha sottoscritto il parere che si allega alla presente relazione di CTU. Sulla scorta dell'esito del predetto parere... si è potuto accertare che la lesione della cuffia dei rotatori della spalla ... era antecedente a sinistro per cui è causa e che l'articolazione era già sede di note degenerative sia ossee (artrosi) che ligamentose (enteso- patia cronica). Per quanto sopra è di tutta evidenza che la globale vicenda clinica relativa al trauma carico della spalla stessa e le sue conseguenze di carattere permanente (postumi) possono essere ascritte solo in parte al fatto denunciato per cui è possibile ammetterne come indennizzabili solo quelle che usualmente possono conseguire ad un trauma contusivo-distorsivo semplice mentre per il trauma cervicale non vi sono elementi che ne comportino le limitazioni valutative sia dal lato medico che da quello legale (condizioni di polizza).

Secondo il CTU, pertanto, gli esiti indennizzabili sono:

-esiti di distorsione del rachide cervicale in soggetto affetto da discopatie croniche: 3%

-esiti di contusione-distorsione della spalla destra in soggetto affetto da precedente rottura della cuffia dei rotatori e da preesistenti degenerazioni articolari: 6%.”

Il CTU ritiene pertanto l'infortunio indennizzabile, e che ad esso è conseguita invalidità permanente del 9% (3+6) , con inabilità temporanea al lavoro totale per 60 giorni e parziale al 50% per altri 30 giorni.

Sono state riconosciute come indennizzabili spese mediche per €897,80.

A norma della polizza (doc.1 e 2 attori) , per la invalidità permanente l'art. 2.6 prevede una “franchigia del 3% assorbibile con supervalutazione”e quindi a fronte di una IP accertata del 9%, quella indennizzabile è pari al 6%, per un importo di €9.000.

Quanto alla inabilità temporanea , secondo la Scheda di Polizza (pag.2 doc.1 attoreo) la somma assicurata è pari ad euro 50,00, con limite di indennizzo di 365 giorni e per anno assicurativo e con franchigia di sette giorni, per cui detratte la franchigia di 7 giorni, 53 giorni per €50 e 30 giorni per €25, per un importo di €3.400.

Non spetta la “indennità aggiuntiva quale contributo per il danno alla vita di relazione” che l'art. 2.7.1 limita ai casi di “infortunio in termini di Polizza che comporti una Invalidità permanente accertata [...] di grado pari o superiore al 15% “ mentre nel caso di specie, come visto, è stata accertata nel 9%.

La polizza prevede una indennità giornaliera per ricovero “in caso di Ricovero o Day Surgery in Struttura sanitaria pubblica o privata [...] con il limite massimo di 360



giorni [...] il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione. L'indennità di cui sopra è cumulabile con quella prevista per l'Inabilità temporanea, se prestata per l'Assicurato". Secondo la Scheda di Polizza la somma assicurata è pari ad euro 100,00 con limite di indennizzo di 360 giorni e per anno assicurativo e senza franchigia: nel caso di specie spetta pertanto la somma di euro 300,00.

Al proposito la convenuta ha eccepito che il ricovero è stato reso necessario dalla lesione della cuffia dei rotatori, per cui l'infortunio subito dal [REDACTED] in sé considerato, non avrebbe comportato necessità di ricovero. Va tuttavia ricordato che per l'art. 2.2: *'Non sono equiparati ad infortunio e sono quindi esclusi dall'Assicurazione i seguenti casi: ...o) rottura sottocutanea dei tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza)'*, mentre nel caso di specie l'evento traumatico conseguente ad infortunio indennizzabile vi è certamente stato. Infatti prima della caduta nonostante la situazione preesistente della cuffia dei rotatori l'assicurato non aveva avuto necessità di interventi chirurgici con correlato ricovero, quindi l'infortunio può considerarsi concausa efficiente della necessità di ricovero.

All'indennità per ricovero è parametrata anche l'indennità giornaliera per convalescenza: *"in caso di ricovero superiore a due giorni completi [...] l'Impresa corrisponde, a titolo di convalescenza, un'Indennità giornaliera d'importo pari a quello indicato per l'Indennità da Ricovero indicata nella Scheda di Polizza, per un numero pari al doppio dei giorni di degenza ospedaliera con il limite massimo di 90 giorni per Sinistro e per anno assicurativo"*. Quindi spetta per importo doppio rispetto a quello dell'indennità di ricovero, ossia euro 600,00

La polizza prevede all'art. 2.13 il rimborso delle spese mediche *"sostenute per accertamenti diagnostici prestazioni mediche specialistiche [...] trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico [...] fino alla concorrenza del 20% del massimale indicato nella Scheda di Polizza [...]. Il rimborso è riconosciuto fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato nella scheda di Polizza e previa deduzione di una franchigia di euro 100,00 per Sinistro"*. Il CTU ha accertato come giustificate spese mediche per €.897,80, e, rispondendo alle osservazioni del CTP di parte convenuta, ha rilevato che sulla documentazione delle stesse non risultava la liquidazione del [REDACTED] per cui esse spettano con la sola detrazione della franchigia di €.100 (art. 2.13), col risultato finale di euro 797,80.

Infatti dalla documentazione [REDACTED] loc. 5 e ss. di parte convenuta) risulta che [REDACTED] liquidato euro 757,50 per certificazioni medico legali (verosimilmente la consulenza medico legale ante causam), euro 304 e 61,98 per visite specialistiche e di accertamento postumi.

Parte attrice non ha contestato l'eccezione di parte convenuta secondo cui va detratto dal dovuto l'indennizzo già ricevuto da [REDACTED], affermando nelle memorie ex art. 183 cpc che *"La convenuta poi eccepisce il divieto di cumulo tra risarcimento ed*



indennizzo. Se ne prende atto e se ci saranno voci indennitarie da defalcare si opereranno le relative detrazioni “ , e , in comparsa conclusionale, “ il cumulo degli indennizzi, così come sancito da Cass. SS.UU. n. 12565/2018, è limitato al danno biologico permanente (Cass. n. 26117/2021)”.

In effetti facendo applicazione dei principi espressi dalle *Sezioni Unite -* , (cass. SSUU *Sentenza n. 12566 del 22/05/2018*), nella *Sentenza n. 26117 del 27/09/2021* la Suprema Corte ha affermato che l'indennizzo per danno biologico permanente erogato ██████ a causa dell'infortunio, va detratto dal credito per danno biologico permanente , e ove l'indennizzo sia stato erogato sotto forma di rendita, la detrazione deve avvenire sottraendo dal credito civilistico il cumulo dei ratei già riscossi e del valore capitale della rendita ancora da erogare, al netto dell'aliquota destinata al ristoro del danno patrimoniale.

Dal prospetto ██████ del 26.1.2021 (doc. 5 parte convenuta) risulta che a titolo di invalidità permanente erano stati corrisposti sino a tale data euro 8163,96 e il valore capitale della rendita da erogarsi in seguito era conteggiato in euro 82.946,71, di cui euro 42.020,27 per danno biologico. Pertanto, essendo l'indennizzo ██████ superiore, a quello previsto per invalidità permanente, il principio indennitario esclude la liquidazione di tale voce.

Spettano invece le altre voci di indennizzo sopra viste invalidità temporanea per , euro 3400,00 (atteso che l'indennità temporanea erogata dall'█████ ha natura diversa da quella civilistica, che pertanto spetta a norma di polizza),diaria di ricovero euro 300,00, diaria di convalescenza euro 600,00, spese mediche euro 797,80) Conclusivamente all'attore spettano euro 5097,80 per le voci sopra viste oltre a rivalutazione monetaria e interessi legali dalla data dell'infortunio al saldo effettivo

Il regolamento delle spese di lite, comprensive della fase di mediazione, segue la soccombenza, con liquidazione di euro 786,00 per anticipazioni ed euro 976,00 per compenso per il CTP. La liquidazione dei compensi viene effettuata come da dispositivo sulla base del D.M. n. 55/2014 , DM 37/2018 e DM 147/2022 in base alle attività espletate e alla complessità della lite.

Va altresì disposta la condanna ex D.Lgs 28/2010 per la mancata partecipazione della convenuta al procedimento di mediazione (v. verbale udienza del 26.5.2020 -all.ti 48-49 di parte attrice). Con la missiva allegata sub doc. 4 la convenuta aveva dichiarato di non aderire alla mediazione in quanto l'attore non aveva trasmesso tutta la documentazione, ma ciò non costituisce giustificato motivo per la non comparizione alla mediazione, visto che tale procedimento poteva essere la sede per le ulteriori produzioni documentali, e comunque era previsto dalla legge come obbligatorio, ai fini della deflazione del contenzioso.

PER QUESTI MOTIVI

definitivamente decidendo, disattesa ogni diversa domanda, eccezione o deduzione, il giudice così provvede:



- 1) condanna la convenuta a pagare all'attore la somma di euro 5097,80 oltre a rivalutazione monetaria e interessi legali dalla data dell'infortunio al saldo effettivo;
- 2) condanna la convenuta a rifondere all'attore le spese di lite, liquidate in euro 1762,00 per spese ed euro 6337,00 per compensi professionali, oltre al rimborso forfettario, CPA e IVA come per legge, e pone le spese della CTU, già liquidata, definitivamente a carico della convenuta, con distrazione a favore dei difensori che si dichiarano antistatari;
- 3) visto l'art. 8 d.lgs. 4.3.2010 n.28 condanna [REDACTED] al versamento all'entrata del bilancio dello Stato di un ulteriore somma di importo corrispondente al contributo unificato pari a quello dovuto per il giudizio.

Così deciso in Vicenza il 26.1.2023

Il giudice
Dr. Eloisa Pesenti

