



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
IL TRIBUNALE DI VIBO VALENTIA
- SEZIONE CIVILE ORDINARIA -

nella persona del **GIUDICE MONOCRATICO D'APPELLO** dott.ssa **GERMANA RADICE**, ha pronunciato, la seguente

SENTENZA

nella controversia civile iscritta al numero 2114/2013 del Ruolo Generale Affari Contenziosi (R. G. A. C.) dell'anno 2013, avente ad oggetto: "appello avverso la sentenza del Giudice di Pace di Vibo Valentia n. 106/2013 depositata in Cancelleria in data 13.3.2013" e promossa

DA

██████████ (C.F: ██████████) rappresentato e difeso dell'Avv. ██████████ ed elettivamente domiciliato presso il suo studio sito in Vibo Valentia, Viale ██████████

-APPELLANTE-

CONTRO

██████████ (C.F: ██████████) in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'avv. ██████████ ed elettivamente domiciliata presso lo studio dell'avv. ██████████ sito in Vibo Valentia, alla Via ██████████

-APPELLATA-

NONCHE' CONTRO

██████████ S.P.A. (C.F: ██████████) in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'avv. ██████████ ed elettivamente domiciliata presso il suo studio sito in Vibo Valentia, alla Piazza ██████████

-APPELLATA-



CONCLUSIONI: alla udienza del 16.3.2021, svoltasi mediante trattazione scritta, le parti hanno precisato le conclusioni come da note scritte ritualmente depositate.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con atto di citazione regolarmente notificato, l'originario attore [REDACTED] conveniva in giudizio innanzi al Giudice di Pace di Vibo Valentia, la [REDACTED] e [REDACTED] s.p.a., in persona dei rispettivi rappresentati pp.tt., al fine di sentirli condannare, in solido, al pagamento della somma di € 5.000,00 quale risarcimento delle lesioni riportate dall'istante in data 22.10.2011 presso l'impianto sportivo sito in Vazzano (VV), poiché lo stesso, a seguito di uno scontro con il calciatore della squadra avversaria, riportava la frattura delle ossa nasali e una contusione toracica. L'attore rileva inoltre di aver ricevuto la somma pari ad € 840,00 a titolo di indennizzo da parte della Compagnia assicurativa, insistendo per il residuo importo dovuto.

Si costituiva in primo grado la [REDACTED] eccependo, in via preliminare, il proprio difetto di legittimazione passiva e comunque l'infondatezza nel merito della domanda proposta. Si costituiva altresì la compagnia [REDACTED] [REDACTED] s.p.a. eccependo il proprio difetto di legittimazione passiva, nonché l'improcedibilità della domanda, nel merito parte convenuta rilevava l'infondatezza in fatto ed in diritto della pretesa risarcitoria *ex adverso* articolata.

Con sentenza n. 106/2013 pubblicata in data 13.3.2013 il Giudice di Pace di Vibo Valentia, in accoglimento della eccezione di parte convenuta [REDACTED] s.p.a., dichiarava improcedibile la domanda proposta da parte attrice e compensava le spese di giudizio.

Avverso la predetta sentenza ha proposto appello, innanzi all'intestato Tribunale, [REDACTED] rassegnando le seguenti conclusioni: "a) accertare e dichiarare l'erroneità della sentenza impugnata; b) in via istruttoria ammettere prova testimoniale (...); c) condannare la [REDACTED] [REDACTED] e [REDACTED] S.C.p.a., in solido tra loro, al pagamento di complessivi € 5.000,00; d) condannare gli appellati al pagamento delle spese e competenze del doppio grado, da distrarsi in favore del procuratore antistatario".





Si costituiva nel giudizio di appello la [REDACTED] con comparsa del 14.2.2014 in cui rilevava l'infondatezza del gravame, ribadendo in ogni caso il proprio difetto di legittimazione passiva chiedendo, pertanto, la conferma della sentenza di primo grado. Si costituiva nel giudizio di appello la [REDACTED] s.p.a. con comparsa del 19.3.2014 che rilevava l'infondatezza dell'appello spiegato.

La causa è stata istruita in via documentale, nonché mediante consulenza tecnica d'ufficio sulla persona del danneggiato (relazione peritale depositata in data 9.5.2017). Alla udienza del 28.6.2018 è stata dichiarata l'interruzione del giudizio per intervenuto decesso di uno dei difensori delle parti. Riassunto regolarmente il giudizio, la causa è stata rinviata per la precisazione delle conclusioni. Alla udienza del 16.3.2021, svoltasi mediante trattazione scritta, precisate le conclusioni come da note scritte ritualmente depositate, la causa è stata trattenuta in decisione con assegnazione dei termini di cui all'art. 190 c.p.c..

Venendo ai motivi di appello, a fondamento del gravame proposto il [REDACTED] ha dedotto: **1)** l'illogicità logico-giuridica del provvedimento in quanto nella parte motiva tratta il merito della vicenda mentre, in quella dispositiva, si limita a dichiarare l'improcedibilità della domanda; **2)** il difetto di motivazione contenuto nella sentenza di primo grado nella parte in cui stabilisce la validità ed efficacia della clausola compromissoria contenuta in polizza; **3)** difetto di motivazione ed erroneità della sentenza nella parte in cui stabilisce la congruità, sulla scorta della polizza, delle somme versate dalla compagnia assicuratrice appellata.

L'appello è parzialmente fondato e va dichiarata la nullità della sentenza di primo grado per le ragioni che si andranno ad esporre.

In via del tutto preliminare deve analizzarsi il primo motivo di appello con cui, come innanzi anticipato, il [REDACTED] ha denunciato la nullità della sentenza gravata per contrasto insanabile tra motivazione e dispositivo. Il motivo è fondato. Com'è noto la nullità della sentenza per il lamentato vizio si deve ritenere configurabile solo se ed in quanto esso incida sulla idoneità del provvedimento - considerato complessivamente nella totalità delle sue componenti testuali - a rendere conoscibile il contenuto della statuizione giudiziale. In sostanza il provvedimento deve risultare inidoneo





a consentire l'individuazione del concreto comando giudiziale, non essendo possibile ricostruire la statuizione del giudice attraverso il confronto tra motivazione e dispositivo (cfr. Cass. 02/07/2007 n. 14966, 09/05/2007 n. 10637). L'insanabilità deve escludersi quando sussista una parziale coerenza tra dispositivo e motivazione, e si possa escludere che si tratti dell'esito di un ripensamento sopravvenuto, essendo la motivazione saldamente ancorata ad elementi acquisiti al processo (cfr. Cass. 03/08/2004 n. 14845).

La giurisprudenza ha inoltre chiarito che in caso di contrasto tra dispositivo e motivazione della sentenza, la regola della prevalenza del dispositivo, in quanto immediata espressione della volontà decisoria del giudice, non è assoluta, ma va temperata, tenendo conto del caso specifico, con la valutazione degli elementi tratti dalla motivazione, che conserva la sua funzione di spiegazione e chiarimento delle ragioni della decisione e che, pertanto, ben può contenere elementi certi e logici che facciano ritenere errato il dispositivo o parte di esso (Corte di cassazione, sezione III, sentenza 28 gennaio 2019 n. 3969). Cionondimeno, siffatta interpretazione complessiva della sentenza presuppone necessariamente una sostanziale coerenza tra le diverse parti e proposizioni della medesima, trovando un invalicabile limite nei casi di contrasto insanabile tra motivazione e dispositivo.

Facendo applicazione dei principi richiamati al caso di specie, deve osservarsi che il Giudice di pace nella parte motiva della sentenza gravata, ha rigettato l'eccezione di difetto di legittimazione passiva sollevato dalla Compagnia di Assicurazione convenuta in primo grado, di poi, ritenuto congruo l'importo liquidato in via stragiudiziale in favore del ██████████ ha rigettato nel merito la domanda proposta. Infine, ritenuta sussistente la competenza del Collegio medico secondo quanto previsto dalla polizza., ha dichiarato, in dispositivo, la improcedibilità della domanda (si legge, infatti, nella parte motiva della sentenza di primo grado: *"A parere di questo Giudice di Pace la domanda attorea va rigettata poiché infondata. Infatti la somma liquidata in via estragiudiziale risponde agli indennizzi previsti dalla Tabella Lesioni (...), in caso di disaccordo sull'entità della somma liquidata si dovrà procedere mediante*





arbitrato di un Collegio medico secondo quanto previsto dalla polizza". Nel dispositivo il primo giudice ha dichiarato improcedibile la domanda, compensando le spese del giudizio).

Ad avviso del Tribunale è evidente che nella pronuncia gravata vi sia un contrasto insanabile tra la motivazione della sentenza (rigetto nel merito della domanda proposta da parte attrice) e il dispositivo (declaratoria di improcedibilità della domanda), con il che la stessa non può che essere dichiarata nulla ex art. 161 primo comma c.p.c. e 156 secondo comma c.p.c..

Posta la declaratoria di nullità della sentenza di primo grado e per le ragioni espresse, la domanda proposta dal [REDACTED] dovrà essere esaminata nel merito non ricorrendo una delle ipotesi, tassative, di rimessione della controversia al primo giudice adito.

In primo luogo va dunque esaminata l'eccezione di improcedibilità della domanda come formulata dalla assicurazione sin dal primo grado di giudizio in forza di quanto previsto all'art. 11 della polizza assicurativa secondo cui: *"ogni controversia inerente l'esecuzione e/o lo scioglimento della presente convenzione deve essere deferita alla decisione di un Collegio arbitrale"*. L'eccezione è infondata e va rigettata.

Va precisato che nella specie trattasi di polizza infortuni collettiva, sottoscritta dalla [REDACTED] in favore dei suoi tesserati, essendo il [REDACTED] terzo beneficiario assicurazione. Orbene, in materia assicurativa, i giudici di legittimità hanno costantemente ritenuto che tale clausola abbia natura di arbitrato irrituale, in quanto attribuisce al collegio non semplicemente l'incarico di esprimere un apprezzamento tecnico (nel qual caso sarebbe più corretto qualificare il contenuto del fatto come perizia contrattuale), ma altresì il potere di risolvere le contestazioni mediante una composizione accertativa o transattiva, riconducibile alla volontà delle parti stesse (sul punto cfr. Cass. civ. 1° aprile 1994 n. 3207; cfr., pure Cass. 16 luglio 4178; Cass. civ. 14 giugno 1979 n. 3348). La giurisprudenza è altresì costante nel ritenere la vessatorietà della clausola di arbitrato irrituale, come peraltro rilevato anche dalla stessa compagnia di assicurazione.

Non coglie nel segno l'eccezione di [REDACTED] secondo cui al sig.re





██████████ in quanto terzo rispetto al contratto, non spetterebbe alcuna eccezione di vessatorietà della clausola. Infatti, pur se il beneficiario della polizza infortuni cumulativa non è parte direttamente contraente, essa tuttavia risulta essere in concreto parte debole destinataria finale del servizio (fruitore), ovvero quel "consumatore" alla cui tutela è finalizzata tutta la normativa innanzi richiamata. Tale conclusione ha trovato l'avallo della Corte Costituzionale che, affrontando la questione dell'estensibilità della tutela posta dal citato art. 1469 bis, in relazione a giudizi di risarcimento danno promossi da soggetti infortunati in virtù di polizze assicurative di tipo cumulativo (nel caso di specie stipulate da enti datori di lavoro in favore dei propri dipendenti) con ordinanza n. 235/2004 ha dichiarato la manifesta infondatezza della sollevata questione di illegittimità costituzionale della norma citata. Alla stregua di tale pronuncia, sussistono valide e concrete ragioni per giustificare l'assimilazione della posizione del terzo beneficiario della polizza-persona fisica a quella del contraente-persona fisica: in primo luogo, perché il suo diritto deriva direttamente dal contratto stipulato con il professionista, senza il quale non sarebbe mai sorto, e la prestazione in esso convenuta deve essere resa in suo favore, ed il secondo luogo perché, essendo egli titolare del diritto di azione nei confronti del professionista in caso di inadempimento da parte del medesimo, non si ravvisano ragioni valide per escluderlo dalla tutela dettata (cfr. Cassazione Civile, Sezione Terza, Ordinanza n. 369 dell'11 gennaio 2007).

L'eccezione di improcedibilità della domanda per vigenza della clausola prevista dall'art. 11 della Polizza in atti va dunque necessariamente rigettata.

Sempre in via preliminare, vanno esaminate le eccezioni di difetto di legittimazione passiva della ██████████, nonché l'eccezione di difetto di legittimazione attiva del ██████████ come formulata da ██████████ che possono essere esaminate congiuntamente.

Infondata è la denunciata carenza di legittimazione attiva in capo all'appellante. L'assicurato ha, infatti, azione diretta nei confronti della società assicuratrice, in quanto, trattandosi di assicurazione per conto altrui, fanno capo direttamente a questi, ai sensi del secondo comma





dell'art. 1890 cod. civ., i diritti derivanti dal rapporto assicurativo e deve, pertanto, ritenersi, altresì, sussistente la legittimazione passiva dell'assicuratore. Infatti, nel contratto di assicurazione stipulato per conto altrui, *"il terzo assicurato acquista direttamente i diritti derivanti dal contratto stesso, ne discende la correlativa obbligazione in capo alla società assicuratrice - che qualifica appunto la sua legittimazione passiva - di provvedere al pagamento dell'indennizzo in relazione al quale l'assicurato stesso ha agito in giudizio"*. Deve, infatti, ritenersi che la ricorrente abbia azione diretta nei confronti della società assicuratrice, in quanto, trattandosi di assicurazione per conto altrui, fanno capo direttamente all'assicurato, ai sensi del secondo comma dell'art. 1890 c.c., i diritti derivanti dal rapporto assicurativo (arg. ex Cass. 23/12/2011, n. 28695 e Cass. 19/07/2004, n. 13329).

Tanto chiarito, in merito ai rapporti tra l'attore istante e l'assicurazione, deve invece ritenersi fondata l'eccezione di difetto di legittimazione passiva della [REDACTED]. La stipula di un siffatto contratto, impedisce, infatti, al contraente [REDACTED] l'esercizio dei diritti derivanti dal contratto, salvo che non vi consenta esplicitamente o implicitamente l'assicurato beneficiario (cfr. Corte di Cass., sez. III, sentenza del 22 Gennaio 2009, n. 8670).

Ciò premesso in via preliminare, deve esaminarsi ora la domanda proposta dal [REDACTED]

Sotto tale profilo va chiarito che non è contestata tra le parti la vigenza della polizza assicurativa (dal 30.6.2010 al 30.6.2013), nonché il fatto storico occorso in data 22.10.2011. Tant'è che giudice in precedenza titolare del ruolo non ammetteva la prova testi, riproposta in primo grado, ritenendo il fatto non contestato.

Ciò che invece è oggetto di disputa tra le parti concerne la satisfattività dell'indennizzo già corrisposto da parte dell'Assicurazione in favore del [REDACTED] per l'infortunio subito in via stragiudiziale. Orbene il Tribunale, ritiene che la domanda avanzata per il residuo importo dall'istante sia infondata e ciò per le ragioni che si espongono.

Come rilevato, la polizza in oggetto costituisce un vero e proprio contratto per conto altrui (i calciatori tesserati) volto a tutelare, secondo





limiti e parametri prestabiliti, l'integrità fisica degli associati.

Infatti, la convenzione assicurativa summenzionata, all'art. 39, stabilisce che *"l'assicuratore corrisponde gli indennizzi nella misura prevista alla Tabella Lesioni allegata"*. La predetta tabella (pag. 47), nel capo *"lesioni apparato scheletrico cranio"*, alla voce *"frattura ossa nasali"* prevede un indennizzo pari ad € 340,00; l'art. 32 della polizza, al punto 9, prevede una indennità giornaliera di ricovero pari ad € 100,00 (il ██████████ come risulta dalla documentazione medica dallo stesso prodotta, è stato ricoverato per due giorni); l'art. 46 della polizza, infine, prevede la corresponsione di un importo forfettario in caso di applicazione di apparecchio gessato, specificando che, in caso di fratture al viso, sono considerati apparecchio gessato le applicazioni o fasciature di ogni genere.

Si evidenzia poi, come riferito dallo stesso consulente tecnico nel corso della perizia espletata, come la Polizza Infortuni che Tutela gli Sportivi, vigente all'epoca dei fatti ed allegata agli atti, preveda in caso di frattura delle ossa nasali, non il riconoscimento del Danno Biologico (proprio del Sistema Risarcitorio), bensì solo un *"indennizzo economico fisso"* previsto nella misura di € 340,00. A ciò da aggiungere le competenze per l'indennità di ricovero pari ad € 200,00 ed il periodo di utilizzo della contenzione nasale per € 300, per un totale complessivo di € 840,00.

Pertanto, nel pieno rispetto delle norme contrattuali - a seguito di una diagnosi di *"frattura delle ossa nasali con spostamento della piramide verso sinistra"* - la compagnia assicuratrice ha provveduto al versamento dell'indennizzo dovuto per la complessiva somma di € 840,00 (€ 340,00 per frattura + € 200,00 per indennità di ricovero + € 300,00 per indennità forfettaria per apparecchio gessato).

Orbene, ad avviso del Tribunale null'altro è dovuto all'istante. La polizza assicurativa invocata dal ██████████ infatti, non prevede alcuna obbligazione di risarcimento dei danni subiti ma, più semplicemente, l'obbligo di versamento di un indennizzo da calcolarsi sulla scorta di parametri espressamente indicati. In tal senso parte attrice non ha contestato le modalità di liquidazione dell'indennizzo limitandosi, in via del tutto generica, a richiedere un ulteriore importo a titolo di risarcimento dei danni senza, tuttavia, prospettare alcun profilo risarcitorio.





Per le ragioni esposte, in riforma totale della pronuncia di primo grado, va dichiarata la nullità della sentenza gravata, e la domanda dell'attore va rigettata nel merito.

Il tenore della presente decisione, l'obiettiva sussistenza di una persona danneggiata, il parziale accoglimento del gravame proposto (primo motivo di appello), il corretto comportamento processuale tenuto da tutte le parti in causa, giustificano la compensazione delle spese di lite tra tutte le parti e per entrambi i gradi di giudizio. Le spese della consulenza tecnica espletata (liquidate con decreto contestuale alla presente pronuncia) vanno, invece, poste a carico di parte attrice.

P.Q.M.

IL TRIBUNALE DI VIBO VALENTIA, definitivamente pronunciando nella controversia civile d'appello promossa come in epigrafe, disattesa ogni altra istanza ed eccezione, così provvede:

- In parziale accoglimento del gravame proposto, **RIFORMA TOTLAMENTE** la sentenza di primo grado, sentenza del Giudice di Pace di Vibo Valentia n. 106/2013 depositata in Cancelleria in data 13.3.2013, e per l'effetto **DICHIARA LA NULLITA'** della sentenza gravata ex art. 161 comma 1 e art. 156 comma 2 c.p.c.;
- Nel merito, **RIGETTA** la domanda di parte attrice in quanto infondata;
- **COMPENSA** le spese di lite;
- Pone le spese di CTU definitivamente a carico di parte attrice

Così deciso in Vibo Valentia, 1 settembre 2021

IL GIUDICE MONOCRATICO

Dott.ssa Germana Radice

*L'originale della presente sentenza costituisce un documento informatico sottoscritto mediante cd. "**firma digitale**" [artt. 1, lettera s), 21 e 24 del Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82] e depositato telematicamente nel fascicolo informatico ai sensi dell'art. 35, comma 1, D. M. 21 febbraio 2011, n. 44, come modificato dal D. M. 15 ottobre 2012, n. 209.*



