

N. R.G. 1906/2017 e 2007/2017



**REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
TRIBUNALE ORDINARIO di SASSARI**

II sezione CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Stefania Deiana, ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

Nelle cause riunite di I Grado iscritte ai nn. r.g. **1906/2017 e 2007/2017 fra:**

**GIOVANNI SECHI** (C.F. SCHGNN76L12I863N), con il patrocinio dell'avv. **ROBERTO FELICE VINCENZO MARIO NURRA**, presso cui è elettivamente domiciliato

**ATTORE**

contro

**INTESA SANPAOLO ASSICURA S.P.A.** col patrocinio dell'avv. **MATTEO MASSIMO D'ARGENIO**, presso cui è elettivamente domiciliata

**CONVENUTA**

Oggetto: "assicurazione contro i danni"

**CONCLUSIONI**

PER PARTE ATTRICE: "a) Verificata la regolarità, e di conseguenza il valore vincolante della decisione (All. 10 dell'atto introduttivo giudizio) del Collegio medico tra le parti Intesa Sanpaolo Assicura s.p.a. e Sechi Giovanni, qualunque sia la natura giuridica della medesima ed in ogni caso secondo la responsabilità ed i regimi obbligatori e vincolistici del contratto assicurativo sottoscritto e delle condizioni accluse; b) accerti, per l'effetto, come la Intesa Sanpaolo Assicura s.p.a. (già Eurizon Tutela s.p.a.), risulti, secondo contratto, debitrice del Sig. Giovanni Sechi delle somme di € 89.893,44, a titolo di capitale mutuato e dovuto al 01.07.2015 (data sinistro) secondo piano di ammortamento agli atti, oltre all'importo di interessi maturati e dovuti dal sinistro medesimo alla data del 04.05.2017, pari ad € 8.121,69, secondo il TAN al 4,90 pattuito in polizza, per un totale di € 98.015,13, oltre agli ulteriori interessi maturati sino al saldo, ovvero accerti come risulti debitrice di tutte quelle somme accertate ed accertande in corso di causa; c) per l'effetto condanni la Intesa SanPaolo Assicura s.p.a. (già Eurizon Tutela s.p.a.) al pagamento al Sig. Giovanni Sechi delle accertate e dovute somme, di cui all'articolo che precede secondo le seguenti modalità: direttamente a favore della Banca Mutuataria e mandataria all'incasso (Intesa Sanpaolo s.p.a), di tutte quelle somme necessarie, "alla data del pagamento", per "rientrare dei propri crediti vantati in forza del predetto contratto di mutuo"; - a favore dell'assicurato tutte le somme di indennizzo dovuto risultanti "eccedenze di indennizzo rispetto al sopraccitato credito vantato dalla banca mutuante" e corrispostole in forza del mandato all'incasso; d) Con vittoria di spese diritti ed onorari, spese forfetarie IVA e C.P.A".



PER PARTE CONVENUTA: “Voglia l’Ill.mo Tribunale adito, tenuto conto degli esiti dell’attività istruttoria espletata nel corso del presente giudizio e previe le opportune declaratorie in fatto e in diritto:

➤ in via principale, considerate le chiare risultanze della CTU medico legale espletata, secondo cui il signor Giovanni Sechi è affetto da un grado invalidante a termini di polizza pari al 30% (e quindi inferiore rispetto al grado minimo contrattualmente previsto del 60%), rigettare tutte le domande svolte dal ricorrente signor Sechi in quanto prive di fondamento e – eventualmente in via riconvenzionale – dichiarare il lodo arbitrale 30.01.2017 (emesso dal Collegio Medico composto dai dottori Vittorio Dell’Orfano, Francesco Serra e Salvatore Lorenzoni nella procedura arbitrale che vedeva opposti Sechi Giovanni a Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A.) nullo e/o annullato e/o inefficace e/o comunque privo di effetti *inter partes* in accoglimento: **a)** della prima eccezione di merito, valevole anche quale motivo di impugnazione del lodo arbitrale, per errore sostanziale/errore di fatto e/o erroneità della valutazione arbitrale per omessa valutazione di rilevanti certificati medici aventi efficacia probatoria privilegiata ex art. 2700 c.c. e/o difetto di motivazione, con conseguente rilevanza sul piano negoziale e/o **b)** della seconda eccezione di merito, valevole anche quale ulteriore motivo di impugnazione del lodo arbitrale, per manifesta iniquità nella decisione del collegio arbitrale.

➤ In via subordinata, ove mai l’indennizzo per l’asserito evento dedotto dovesse essere ritenuto dovuto (anche se non si vede davvero come) da parte di Intesa Sanpaolo Assicura S.p.A., disporre che detto indennizzo: **a)** *in primis*, spetta solo ed esclusivamente alla beneficiaria contrattualmente invocata, vale dire a Intesa Sanpaolo S.p.A. (già Banca di Credito Sardo S.p.A.) e **b)** *in secundis*, va conteggiato secondo quanto previsto dall’art. 28 delle Condizioni di Assicurazione, con la precisazione che della restituzione di eventuali importi versati dal signor Sechi alla Banca dopo la data di verifica dell’evento dovrà farsi carico esclusivamente alla Banca medesima (che tali importi effettivamente ricevette). In ogni caso, con vittoria nelle spese di lite”.

### **RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE**

Con ricorso depositato l’8 maggio 2017 ai sensi dell’art. 702 bis, cpc, Sechi Giovanni conveniva davanti a questo tribunale Intesa San Paolo Assicura s.p.a. chiedendone la condanna al pagamento della somma di cui in epigrafe, dovutagli in adempimento della polizza assicurativa “Proteggi Mutuo Multirischio” stipulata il 15 dicembre 2009 con Eurizon Tutela s.p.a., ora Intesa San Paolo Assicura s.p.a., a garanzia dell’adempimento del mutuo fondiario erogatogli in pari data da Banca di Credito Sardo s.p.a., appartenente al medesimo gruppo.

Assumeva che la patologia tumorale a carico del rene per cui esso esponente era stato operato nel giugno del 2015, da cui era residua una grave invalidità civile superiore al 60%, integrava uno dei rischi coperti dalla polizza, come prontamente denunciato e documentato alla società assicuratrice che, tuttavia, ne aveva rifiutato la liquidazione ritenendo, in esito alla visita del proprio medico legale, che il grado effettivo d’invalidità permanente a carico dell’assicurato rientrasse ampiamente nella franchigia. Nominato, su sollecitazione del ricorrente, un collegio arbitrale, come previsto dalla clausola compromissoria contenuta nel contratto, era stata riconosciuta a suo carico, col voto negativo del perito nominato dall’assicuratrice, un’invalidità permanente non inferiore al 67%.



Nonostante l'esito favorevole del lodo, in forza del quale l'assicuratrice avrebbe dovuto corrispondere alla banca mutuante un importo pari al residuo del prestito ancora dovuto, nulla era stato versato. L'attore aveva continuato a pagare i ratei del mutuo maturati.

Sulla base di tali assunti, il Sechi formulava le conclusioni sopra trascritte.

La convenuta si costituiva e contestava la domanda, riproponendo le ragioni d'impugnativa della pronuncia arbitrale, già introdotte con citazione in altro giudizio che veniva riunito al primo, sul presupposto della sua erroneità. Sottolineava, in particolare, come la polizza prevedesse una soglia minima d'invalidità permanente del 60% da parametrarsi alle tabelle adottate dall'INAIL e che il collegio arbitrale, nel riconoscere al Sechi, con la decisione adottata il 30 gennaio 2017, un'invalidità superiore a detta soglia, era incorso in un palese errore di fatto ed in evidenti vizi logici, travisando l'effettiva condizione di salute dell'assicurato. Non era stato, infatti, considerato che l'intervento di asportazione del tumore, che aveva lasciato integro l'organo interessato, era perfettamente riuscito ed aveva risolto con successo la patologia da cui il sig. Sechi era affetto senza lasciare alcuna conseguenza, sicché non poteva reputarsi sussistente quella "malattia neoplastica" che aveva sorretto la stima arbitrale.

Contestava, inoltre, che alcuna somma spettasse direttamente all'attore, essendo dovuto l'indennizzo alla banca erogatrice del prestito.

L'attore insisteva nella domanda e contestava, fra l'altro, l'ammissibilità dell'impugnazione del lodo, qualificando l'arbitrato come rituale.

Disposto il mutamento del rito ed espletata una perizia medica, le due cause riunite, istruite con produzioni documentali, erano assunte in decisione all'udienza del 19 maggio 2022 sulle conclusioni sopra trascritte, previa assegnazione alle parti dei termini di cui all'art. 190, c.p.c.

\*\*\*

La domanda attrice non può essere accolta, per le seguenti considerazioni.

Va premesso, in ordine al contenuto delle condizioni di polizza e per quanto rileva in questa sede, che il sig. Sechi aveva stipulato il 15 dicembre 2009, contestualmente al mutuo fondiario di cui in espositiva, la polizza n.104.05.500 con la Eurizon Tutela s.p.a. destinata alla copertura del rischio derivante all'assicurato da invalidità permanente dovuta ad infortunio o malattia. Le relative Condizioni di Assicurazione definivano come "invalidità totale permanente la di perdita totale, definitiva ed irrimediabile, da parte dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, della generica capacità di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo", precisando che detta condizione sarebbe stata riconosciuta qualora "il grado percentuale di invalidità dell'Assicurato, valutato in base della Tabella contenuta dell'Allegato 1 al DPR n. 1124 del 30/06/1965 (il riferimento è alla tabella INAIL), sarebbe risultato pari o superiore al 60%". Resta poi espressamente esclusa l'applicabilità delle tabelle previste nel DPR n.38 del 23/02/2000.

Il 15 giugno 2015 il sig. Sechi aveva quindi denunciato alla Eurizon Tutela S.p.A. il proprio ricovero ospedaliero e l'intervento subito, di "Asportazione neoformazione renale dx ... dal 03/06/15 al 08/06/15 ...". Con successiva comunicazione dell'11 gennaio 2016 il Sechi aveva comunicato alla medesima compagnia assicurativa: "... Malattia data infortunio 04/06/15 causa dell'infortunio K a cellule chiare, Tiroidite di Hashimoto (...)".

Avendo l'assicuratrice ritenuto di non dover corrispondere l'indennizzo, in applicazione dell'art. 27 lett. b delle Condizioni di Assicurazione, l'attore aveva ottenuto, con l'esito favorevole riportato in



espositiva, la costituzione di un collegio arbitrale, ai sensi dell'art. 21 delle stesse condizioni che demandava la decisione della controversia vertente sul grado di invalidità permanente a carico dell'assicurato ad un collegio di tre medici, le cui decisioni sarebbero state assunte "a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge" e sarebbero state ritenute vincolanti per le parti.

Appare dirimente, dunque, la questione inerente alla validità del lodo, contestato dalla convenuta (attrice nella causa riunita relativa all'impugnazione).

Si tratta, com'è evidente, di decisione espressa da arbitri irrituali, come si desume testualmente dalla clausola compromissoria di cui all'art. 21 delle condizioni di assicurazione e dall'atto di nomina del collegio arbitrale (v. doc. 10 attore) stante il ripetuto riferimento all'assenza "di ogni formalità di legge" nel procedimento decisorio arbitrale, nonché all'impegno delle parti di ritenere il lodo vincolante ai fini della decisione sull'esistenza e sul grado dell'invalidità rilevante sulla base delle previsioni contrattuali.

Secondo l'interpretazione fatta propria dal giudice di legittimità, l'elemento caratterizzante l'arbitrato irrituale, e che lo differenzia da quello rituale, è invero rappresentato proprio dalla chiara volontà delle parti, desumibile dal testo della clausola richiamata, di considerare il lodo definitivo e vincolante, quale espressione della loro volontà contrattuale, ed è chiaro nella specie il riferimento alle decisioni del collegio come "vincolanti per le parti" (v. al riguardo Cass. Civ. 24558/2015).

Il lodo è pertanto impugnabile e può essere annullato secondo la disciplina comune ai vizi di formazione della volontà contrattuale, ossia, per quanto rileva in questa sede, per errore determinante qualora gli arbitri abbiano deciso sulla base di un'erronea percezione o rappresentazione degli elementi di fatto oggetto della controversia. Tale errore ricorre, secondo un'interpretazione più ampia e da ritenersi preferibile, anche qualora gli arbitri non solo non abbiano esaminato, ma abbiano anche esaminato in modo palesemente alterato o incompleto gli elementi fattuali sottoposti alla loro indagine, secondo un meccanismo simile a quello previsto per la revocazione della sentenza ai sensi dell'art. 395, n. 4, c.p.c. (al riguardo, Cass. civ. n. 29772/2008 e Cass. Civ. n. 13418/2013).

Tanto premesso, rammentandosi che i principi sin qui sinteticamente richiamati devono commisurarsi alla natura di un'indagine, qual è quella sulla ricorrenza e quantificazione delle conseguenze di una condizione patologica, in termini di permanente riduzione dell'integrità psico fisica della persona interessata, che implica necessariamente l'impiego di strumenti e conoscenze tecnico scientifiche sia nel momento di percezione della realtà fattuale (esame clinico del paziente, raccolta anamnestica e ricostruzione della storia clinica e dell'intervento operatorio) che in quello di elaborazione del relativo giudizio valutativo, si riportano le considerazioni e conclusioni cui è pervenuto al riguardo il consulente d'ufficio nominato dal giudice.

La valutazione del collegio peritale è stata espressa a circa un anno e mezzo dall'intervento eseguito nel giugno del 2015 sulla persona del Sechi Giovanni che, diagnosticatagli una neoplasia renale, era stato sottoposto alla rimozione chirurgica della formazione tumorale.

I successivi controlli periodici avevano dato esito negativo, non riscontrandosi alcuna recidiva.

Dall'anamnesi dell'assicurato sono emerse anche l'esistenza di una pregressa patologia psichiatrica (un disturbo ansioso depressivo), peraltro non rilevante ai fini di polizza perché diagnosticata già nel 1998, ossia in data ampiamente anteriore, ed una tiroidite autoimmune, diagnosticata nel 2012, quindi rilevante ai fini della determinazione dell'invalidità permanente.



La CTU ha precisato al riguardo che sia la tiroidite cronica, comunque risultante in buon compenso funzionale e con incidenza valutabile nella misura del 10%, sia la malattia oncologica non risultano espressamente contemplate nella tabella Inail di riferimento, sicché deve applicarsi un criterio interpretativo per analogia.

Ha quindi rilevato i seguenti dati, emergenti dall'esame oggettivo dei documenti medici e della persona del sig. Sechi: "1) la patologia denunciata consiste in un tumore localizzato al rene destro, non metastatico, il cui trattamento chirurgico è stato radicale; 2) nell'attualità residua una modesta menomazione anatomica consistente in esiti chirurgici di asportazione di una neoformazione corticale renale destra (tumorectomia) del diametro massimo di 2 cm, con conservazione della funzione renale; 3) il trattamento chirurgico è stato radicale (formazione circondata da pseudocapsula fibrosa senza superamento della stessa e senza infiltrazione vascolare), quindi con asportazione completa della patologia neoplastica ed ottime prospettive di guarigione a medio e lungo termine; 4) in considerazione della radicalità del trattamento, della morfologia del tumore e della assenza di metastasi non sono stati necessari trattamenti adiuvanti (quali chemioterapia e/o radioterapia) né risultano in corso trattamenti medici nell'attualità; 5) sulla base della diagnosi istologica (carcinoma a cellule chiare) e della stadiazione post chirurgica (pT1a NO MO, quindi classificabile come tumore di stadio I) il fattore prognostico all'epoca del trattamento era estremamente favorevole: sopravvivenza a 10 anni pari al 96% (...)"

Alla stregua di tali rilievi, che appaiono oggettivi e fattuali, perché fondati sull'obiettiva condizione clinica del paziente e sulla consistenza della sua patologia oncologica, ciò che appare manifestamente erronea è proprio la percezione, da parte del collegio arbitrale (o meglio della sua maggioranza, essendosi motivatamente dissociato l'esperto nominato dall'assicuratrice) dell'"*esistenza di una condizione di malattia neoplastica*" (v. lodo arbitrale, doc. 10 attore) di fatto inesistente, non potendosi configurare, richiamandosi al riguardo le ampie e documentate osservazioni esposte nella relazione medica del CTU, la presenza di alcuna "malattia neoplastica" in atto.

Detta rappresentazione del fatto (*id est*, del quadro clinico, quindi della patologia in atto) non può che reputarsi "errata e fuorviante poiché non tiene conto della realtà clinica del caso in esame, che ben si evince dall'esame della documentazione e dalla visita dell'assicurato. La valutazione arbitrale sembra l'espressione della equazione malattia neoplastica maligna = prognosi infausta, che poteva valere alcuni decenni fa, ma certamente non è una rappresentazione dei fatti applicabile nell'attualità all'assicurato in oggetto, che ha una elevatissima probabilità di guarigione completa a lungo termine" (così la consulente d'ufficio).

La distorsione, nei termini sin qui illustrati, della premessa fattuale aveva dunque fondato un'errata e consequenziale quantificazione dei postumi, che prescinde dall'effettivo quadro menomativo esistente all'epoca della valutazione, ossia dall'intervenuta completa e soddisfacente rimozione del tumore, senza alcun postumo negativo in termini di compromissione funzionale del rene interessato e senza che venisse prescritto al sig. Sechi alcun trattamento medico dopo l'intervento (in tal senso la CTU: "la patologia fu classificata allo stadio T1, in assenza di aspetti istologici suggestivi di invasione vascolare, senza descrizione di metastasi linfonodali e a distanza e senza successiva indicazione per ulteriori terapie. I controlli clinico-strumentali effettuati negli anni successivi rilevarono esclusivamente gli esiti anatomici dell'escissione tumorale, in assenza di ulteriori sequele funzionali e di segni recidiva").



Ne consegue che “le conclusioni dell’arbitrato sono da considerare errate ed in palese contrasto con le evidenze scientifiche e le indicazioni della dottrina medico legale ...”, tanto più che la condizione di totale assenza di recidiva tumorale persiste, confortando la correttezza del protocollo terapeutico applicato nella specie (assenza di terapie).

Per completezza, l’ausiliario ha osservato come, anche a voler applicare per analogia agli esiti cicatriziali conseguenti all’intervento di asportazione la voce tabellare riferita alla “Perdita di un rene con integrità del rene superstite” ne sarebbe derivata una valutazione non superiore al 25% che, sommata all’invalidità collegata alla tiroidite, sarebbe comunque rimasta ampiamente al di sotto della soglia minima del 60% prevista dalle condizioni di assicurazione.

In definitiva, tenuto conto delle ampie e condivisibili argomentazioni su cui è basata la relazione del consulente d’ufficio, deve effettivamente ritenersi che il lodo arbitrale sia viziato da palese errore di fatto, consistito nell’aver gli arbitri ritenuto in atto l’esistenza di una patologia tumorale che, in base ai dati anamnestici, clinici e prognostici meglio evidenziati nell’elaborato peritale, appariva insussistente e che, per le condizioni dell’interessato e in ragione dell’esito positivo del trattamento chirurgico e dell’assenza di alcuna terapia (mai prescritta al sig. Sechi), appariva ridotto ai soli esiti anatomici del trattamento medesimo. Esiti che, per quanto sin qui evidenziato, e ribadito come non rilevi a fini assicurativi la presenza di altre patologie (preesistenti, quindi escluse dalla copertura ex art. 29 delle Condizioni di Assicurazione e comunque non denunciate dal Sechi), non incidono sull’invalidità permanente se non nella misura ampiamente rientrante nella franchigia prevista dalla polizza.

La rilevata invalidità del lodo comporta il rigetto della domanda attrice.

Ricorrono giusti motivi, tenuto conto della particolarità delle questioni affrontate e dei risultati della pronuncia arbitrale, sui quali l’attore ha ritenuto di poter fare affidamento nel sostenere i propri assunti, per compensare fra le parti la metà delle spese processuali, liquidate per l’intero come in dispositivo e poste per la metà residua a carico del Sechi, secondo la soccombenza.

P.Q.M.

Definitivamente pronunciando, disattesa ogni altra e contraria istanza, annulla il lodo arbitrale datato 30.01.2017, dichiarandolo senza effetto.

Rigetta la domanda proposta dall’attore Sechi Giovanni e lo condanna al pagamento in favore dell’Intesa San Paolo Assicura s.p.s. della metà delle spese di lite, liquidate per l’intero in complessivi €3.980,00, oltre rimborso forfetario ed oneri di legge, e compensate fra le parti per la metà residua.

Pone definitivamente a carico di entrambe le parti, per la metà ciascuna, i compensi liquidati alla consulente d’ufficio.

Sassari, 13 ottobre 2022

Il giudice  
Stefania Deiana

