

N. [REDACTED] R.G.A.C.



Tribunale Ordinario di Perugia

SECONDA SEZIONE CIVILE

Verbale di udienza

Il giorno **15/04/2024**, alle ore **9.40** nella **SECONDA SEZIONE** civile del Tribunale di Perugia, all'udienza del Giudice dott. Luca Marzullo, è chiamata la causa

TRA

[REDACTED]

- ATTORE/TRICE

E

[REDACTED]

- CONVENUTO/A

Sono presenti:

l'Avv. [REDACTED], per l'attore nonché la parte personalmente.

l'Avv. [REDACTED] per il convenuto, per delega dell'Avv. [REDACTED]

In via preliminare si dà atto che non viene esperito il tentativo di conciliazione, normativamente previsto dall'art. 183 c.p.c., nel testo vigente, stante l'assenza della parte convenuta.

Dato atto di quanto sopra, invita le parti a formulare le rispettive deduzioni.

L'avv. [REDACTED] si riporta ai propri scritti difensivi e chiede che la causa venga trattenuta in decisione

L'avv. [REDACTED] si riporta ai propri atti, contesta quanto *ex adverso* dedotto e chiede l'ammissione dei mezzi di prova formulati

Il Giudice,

letti gli atti e visti i documenti, ritenuta la superfluità delle prove richieste, invita le parti alla precisazione delle conclusioni ed alla discussione della causa ai sensi

dell'art. 281 *sexies* c.p.c.

L'avv. ████████ contesta la relazione del perito dell'assicurazione e si riporta nel merito ai propri scritti difensivi chiedendone l'accoglimento. Rileva che il precedente sinistro cadendo dal tetto era stato dichiarato all'agente con il quale aveva sottoscritto la polizza anche in considerazione del fatto che lo stesso era accaduto di recente ed i relativi segni erano molto evidenti. Per il resto si riporta.

L'avv. ████████ si riporta agli atti ribadendo che i dati relativi al precedente sinistro non sono stati dichiarati. Peraltro, nella prospettazione dell'attore il precedente infortunio sarebbe proprio la causa dell'infortunio oggetto del presente procedimento. Sottolinea ancora che non vi sono prove circa la modalità di esecuzione dell'evento né la cornice temporale. Contesta la quantificazione del danno. Per il resto si riporta ai precedenti scritti.

Le parti si riportano ai propri atti ed alle conclusioni appena rassegnate.

I difensori dichiarano di rinunciare alla lettura della sentenza.

Terminata la discussione, il Giudice decide la causa dando lettura, ai sensi dell'art. 281*sexies* c.p.c., del seguente dispositivo e della concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione redatti sul presente verbale nella parte che segue.

Il Giudice
(*dott. Luca Marzullo*)



TRIBUNALE DI PERUGIA
Seconda Sezione Civile
REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Giudice del Tribunale di Perugia, dott. Luca Marzullo, in funzione di giudice monocratico, all'esito delle conclusioni precisate nel verbale dell'udienza odierna e della discussione orale della causa, pronuncia ai sensi dell'art. 281 *sexies* c.p.c. la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. r.g. 3 [redacted] promossa da

[redacted]
Rappresentato e difeso dall'Avv. [redacted] ed elettivamente domiciliato presso lo studio del difensore, sito in [redacted], giusta procura in atti;

Attore

Contro

[redacted], in persona del legale rappresentante *p.t.*
Rappresentata e difesa dall'Avv. [redacted] ed elettivamente domiciliata presso lo studio del difensore, sito in [redacted], giusta procura in atti;

Convenuta

Avente ad oggetto: assicurazione contro i danni

RAGIONI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

1. I FATTI OGGETTO DEL PROCESSO E LE DEDUZIONI DELLE PARTI

1.1. Il sig. [redacted] si è rivolto al Tribunale di Perugia onde ottenere, in contraddittorio con la compagnia assicurativa convenuta, l'accertamento dell'obbligo in capo a quest'ultima di corrispondere l'indennizzo dovuto in forza della polizza infortuni

3

rischi professionali ed extraprofessionali n. 540.025.0000913943 con scadenza 15/09/2023, in conseguenza del sinistro occorso in data 10/10/2022 mentre utilizzava una sega elettrica nell'atto di tagliare della legna in conseguenza del quale ha riportato l'amputazione traumatica del V dito della mano destra; sulla scorta di tali elementi ha, quindi, chiesto la condanna della compagnia assicurativa alla corresponsione della somma di € 47.475,00, oltre interessi dal dovuto al saldo, con il favore delle spese di lite anche valorizzando la mancata partecipazione al procedimento di mediazione.

1.2. A fondamento della propria domanda, l'attore ha dedotto, in punto di fatto, di essersi infortunato il 10.10.2022 mentre era intento nell'utilizzo di una sega elettrica, di avere denunciato il sinistro alla propria agenzia di fiducia, ma che, tuttavia, quest'ultima ha negato l'indennizzabilità dell'evento in quanto lo stesso non avrebbe presentato le caratteristiche di infortunio definite dalle condizioni di polizza ed invocando, comunque, l'inoperatività della polizza ai sensi dell'art. 3 delle condizioni generali di assicurazione.

Ha rappresentato di avere contestato le circostanze anche tramite legale e di avere attivato la procedura di mediazione obbligatoria rimasta, tuttavia, senza esito, così come senza esito sono rimasti gli ulteriori tentativi di interlocuzione avviati anche dal legale.

1.2.1. Ha, quindi, osservato che il sinistro aveva avuto luogo perché nell'atto di tagliare della legna per finalità domestiche, accidentalmente si è tagliato il mignolo destro con una sega elettrica, evidenziando come tale dinamica costituisca certamente una causa fortuita, violenta ed esterna e lamentando che la compagnia assicurativa non avrebbe compiuto alcuna attività di riscontro ed accertamento.

Ha, ancora, osservato che priva di concreto rilievo sarebbe il richiamo all'art. 3 delle condizioni generali di contratto, non essendo neanche chiaro a quali degli aspetti ivi elencati l'assicurazione avrebbe inteso fare riferimento nella propria interlocuzione stragiudiziale.

1.2.2. Sicché ritenendo pienamente operante la polizza, l'attore ha rassegnato le conclusioni sopra indicate, quantificando il danno indennizzabile sulla scorta delle condizioni contrattuali, maggiorato della personalizzazione (nella misura massima).

1.3. Si è regolarmente costituita la compagnia assicurativa concludendo per il rigetto della domanda o, in subordine, per “...una valutazione del danno nella minor somma che la S.V. riterrà di giustizia”.

1.3.1. In via di estrema sintesi, ha dedotto la convenuta che le lesioni subite non rivestirebbero le caratteristiche di infortunio descritte in forza della polizza stipulata, che non vi è prova circa la modalità dell'evento né circa la “cornice temporale”, che, in ogni caso la quantificazione dei danni era eccessiva e non corrispondente alle condizioni di polizza.

1.3.2. Più nel dettaglio, ripercorsi i contenuti dell'atto introduttivo, la compagnia assicurativa ha eccepito la nullità dell'atto di citazione, osservando come la ricostruzione dei fatti fosse "gravemente lacunosa" in quanto priva di "dettagli particolarmente significativi riferiti alla questione", con riferimento alle modalità di verifica del sinistro, al luogo in cui lo stesso è avvenuto e alla presenza di altri soggetti.

1.3.3. Nel merito, la ██████████ ha osservato di avere eseguito una attività di indagine per il tramite della società ██████████ al fine di accertare i fatti dichiarati dall'assicurato, anche in considerazione del fatto che la polizza era stata sottoscritta appena due mesi prima dell'infortunio ed osservando che il sig. ██████████ era rimasto coinvolto in numerosi sinistri, di cui molti della medesima natura di quello di cui è causa.

Ha, a riguardo, osservato che la società ██████████ aveva rappresentato di avere già svolto due attività di verifica per conto di altre compagnie assicurative nei confronti dell'assicurato, in relazione ad infortuni analoghi a quelli oggetto del presente procedimento e, segnatamente, in data 28.12.2015, allorquando il sig. ██████████ subiva l'amputazione del secondo dito (indice) della mano sinistra, che infilava in un tritacarne elettrico acceso e, più recentemente, in data 26.05.2022, allorquando l'attore subiva l'amputazione del primo dito (pollice) sempre della mano sinistra, in quanto chattava con il cellulare mentre tagliava della legna utilizzando la medesima sega circolare che provocava anche l'infortunio di cui è causa.

Ha, quindi, richiamato i contenuti della relazione (depositata), sottolineando le incongruenze che sarebbero emerse quanto all'orario del sinistro – dichiarato come accaduto intorno alle h. 15.00 mentre l'accesso al Pronto Soccorso era alle h. 14.41 – o al fatto che al momento dell'accesso all'ospedale l'attore avesse con sé il moncone del dito (circostanza affermata dall'attore ma esclusa nel referto del Pronto Soccorso).

Ha, di poi, osservato, sempre facendo richiamo ai contenuti della relazione depositata, che l'amputazione del dito della mano sinistra, era avvenuto a seguito di un diverso incidente, del quale veniva fornita una descrizione diversa (in quanto avvenuto mentre "lavorava in nero") da quella denunciata originariamente oltre che incompatibile con l'attività lavorativa (agente di commercio) asseritamente svolta e, peraltro, non riferita neanche dalla madre dell'attore.

Sicché, alla luce di quanto emerso e facendo ampio richiamo ai contenuti della relazione di parte, la compagnia assicurativa ha osservato che "...le circostanze del sinistro e quanto emerso dalle indagini svolte, impongono un rigoroso accertamento in sede giudiziale della domanda ex adverso proposta, tenuto conto del disposto dell'art. 1900 c.c....".

1.3.4. Con altro ordine di argomenti, la compagnia assicurativa ha escluso l'operatività della polizza osservando che, in forza delle condizioni generali di polizza, la stessa copre l'evento dovuto a caso fortuito, violento ed esterno e che, nella specie, non costituisce infortunio indennizzabile *“la lesione che il soggetto si sia auto inflitta”* avendo lo stesso istante riferito che il sinistro si sarebbe verificato per mera sua distrazione; inoltre, prosegue la convenuta, al momento del colloquio con i periti accertatori, il sig. ██████ avrebbe presentato una sorta di stato confusionale con difficoltà di deambulazione e nei movimenti, rendendo dichiarazioni contraddittorie, facendo, pertanto, emergere l'ulteriore clausola di inoperatività della polizza a norma dell'art. 3 delle condizioni generali.

1.3.5. Sicché, contestato anche il *quantum* della pretesa, non risultando indennizzabile l'inabilità temporanea, non essendo stato amputato il dito nella sua interezza, e non tenendosi conto della franchigia contrattuale, la convenuta ha rassegnato le conclusioni di cui alla comparsa.

1.4. Svolte le verifiche preliminari, il procedimento è stato trattato mediante lo scambio delle memorie *ex art. 171 ter c.p.c.*

1.4.1. A riguardo, giova rilevare che in occasione del deposito della prima memoria *ex art. 171 ter c.p.c.*, l'attore, contestata l'eccezione di nullità della citazione, ha contestato le circostanze in punto di fatto dedotte in sede di comparsa di costituzione e relative a quanto emerso dalla relazione di parte depositata sia quanto ai precedenti indennizzi, sia quanto alla sussistenza di uno stato confusionale in cui si sarebbe trovato l'attore (peraltro non meglio chiarito), sia circa il fatto che l'attore avrebbe cambiato compagnia assicurativa in quanto non soddisfatto dell'indennizzo ottenuto in occasione di un precedente sinistro; ha precisato di svolgere effettivamente l'attività di agente di commercio ma che, al momento del sinistro, non lavorava in conseguenza del sinistro verificatosi in data 3/07/2020 allorché l'attore è stato vittima *“...di un grave incidente (è caduto dal tetto mentre provava a sistemare l'antenna TV) nel quale si è schiacciato 2 vertebre, fratturato bacino, polso e piede destro. Ha avuto una lunga convalescenza ed ancora oggi fa fisioterapia per riprendere al meglio le proprie funzioni. Ha ricominciato a camminare dopo un anno dall'incidente, ancora zoppica vistosamente ed ha una mobilità ridotta...”* e che era questa la ragione della apparente difformità delle dichiarazioni tra l'attore e la madre; ha evidenziato che l'errore circa l'ora del sinistro era marginale, che, quanto alla differente ricostruzione del precedente sinistro, che sarebbe stato il perito assicurativo a non comprendere avendo il sig. ██████ riferito *“...di essersi ferito mentre riparava un tritacarne che avrebbe voluto vendere “in nero” (utilizza questa espressione per indicare una vendita tra privati), non già mentre lavorava in nero...”*.

Ha, quindi, riferito che lo stesso perito era “*mezzo ubriaco*” (pag. 4 della prima memoria ex art. 171 *ter* c.p.c.) che proveniva da una festa di laurea, emanava un forte odore di alcool, si è trattenuto con lui solo quindici minuti andando via di fretta senza rileggere quanto verbalizzato.

Quanto, poi, all’operatività della polizza, l’attore ha precisato che il sinistro non è avvenuto per distrazione, precisando di essere scivolato “...*e, per riprendermi, sono finito con la mano destra contro le lame del disco*” (pag. 4 della prima memoria ex art. 171 *ter* c.p.c.): nel dettaglio, ha riferito di essere claudicante e di aver poggiato, mentre tagliava legna, il peso del corpo sul piede sinistro che è quello sano, salvo poi spostarlo sul piede destro nel momento in cui si è piegato per raccogliere la legna; in questo frangente, prosegue l’attore, gli è venuto a mancare l’appoggio, quindi “...*ha rischiato di perdere l’equilibrio...*” e “...*per non cadere ha portato, dunque, la mano verso il banco da lavoro trovando, però, l’impatto con i denti della sega circolare...*”, ritenendo, pertanto, quanto accaduto pienamente rientrante nel caso fortuito ed osservando che, con riferimento, invece, agli elementi di cui all’art. 3 delle Condizioni di polizza non vi sarebbe alcuna prova.

Sicché, ribadita la correttezza della quantificazione dei danni nonché la fondatezza della richiesta di pagamento di spese ed onorari, ha rassegnato le conclusioni indicate in memoria.

1.4.2. Si osserva che parte attrice non ha depositato la seconda memoria istruttoria, procedendo al deposito della terza nella quale si è opposta alle prove richieste del convenuto.

1.4.3. Nella seconda memoria di trattazione, la parte convenuta, preso atto di quanto rappresentato dall’attore circa l’esistenza di un sinistro il 3.7.2020, ha osservato che detta circostanza non era mai stata rappresentata al momento della sottoscrizione della polizza, rendendo, pertanto, inoperante la polizza in conseguenza di informazioni non veritiere, inesatte o reticenti in merito ad un evento che, di fatto, è stata la causa efficiente del sinistro, avendo l’attore riportato un grave infortunio sul piede destro che lo ha reso claudicante rendendogli impossibile o oltremodo complicato effettuare determinati lavori; ha, inoltre, osservato che la stessa dinamica descritta dall’attore evidenzerebbe la disattenzione dell’attore il quale non solo si sarebbe dovuto astenere dal porre in essere certe lavorazioni, ma, qualora, ciò avesse voluto fare, sarebbe stato indispensabile che si ponesse in assoluta sicurezza, ad esempio, spegnendo la sega: ciò, prosegue la convenuta, dimostrerebbe l’esclusiva responsabilità dell’attore per il verificarsi dell’evento, e, comunque, l’esistenza di un concorso di colpa.

1.5. All'udienza odierna, tenutasi per la prima comparizione delle parti, non è stato esperito il tentativo di conciliazione stante l'assenza della parte convenuta e, tenuto conto dell'assenza di mezzi di prova richiesti dall'attore e dell'irrelevanza di quelle richieste dalla parte convenuta, le parti sono state invitate alla precisazione delle conclusioni ai sensi e nelle forme di cui all'art. 281 sexies c.p.c.

2. SULL'ECCEZIONE DI NULLITÀ DELLA CITAZIONE.

Infondata è, anzitutto, l'eccezione di nullità della citazione sollevata dalla convenuta nella propria comparsa.

In tema di citazione, laddove risulti assolutamente incerta l'indicazione prevista dall'art. 163 n. 3) e 4) c.p.c., oltre che carente e contraddittoria l'esposizione dei fatti e l'indicazione degli elementi di diritto posti a fondamento della domanda, va dichiarata la nullità dell'atto di citazione, atteso che l'incertezza del *petitum* e della *causa petendi* non consente a parte convenuta di spiegare adeguate e puntuali difese.

L'atto è invece valido se gli elementi della domanda siano comunque individuabili a seguito di un esame complessivo dell'atto introduttivo: in sostanza la nullità della citazione per omissione o assoluta incertezza sull'oggetto va valutata caso per caso, tenendo conto del contenuto complessivo dell'atto, dei documenti allegati, della natura, dell'oggetto e delle relazioni tra le parti, nonché verificando se la controparte sia riuscita comunque ad apprestare adeguate e puntuali difese.

Pertanto, nel valutare il grado di incertezza della domanda, non può prescindersi dall'intero contesto dell'atto introduttivo, dalla natura del relativo oggetto e dal comportamento della controparte, dovendosi accertare se, nonostante l'obiettiva incertezza, il convenuto sia in grado di comprendere agevolmente le richieste dell'attore o se, invece, in difetto di maggiori specificazioni, si trovi in difficoltà nel predisporre una precisa linea difensiva (Cass. civ. Sez. 3 Sent., 21.11.2008, n. 27670 e nello stesso senso Cass. Sez. 3, Sentenza n. 11751 del 15.05.2013).

Ed è noto che in materia di nullità della citazione per inadeguata formulazione della c.d. *editio actionis*, ossia dei vizi che riferiti all'omissione o all'assoluta incertezza circa il *petitum* o la *causa petendi* della domanda proposta, la Corte di Cassazione ha ritenuto che la declaratoria di nullità della citazione postula una valutazione da compiersi caso per caso, nel rispetto di alcuni criteri di ordine generale, occorrendo, da un canto, tener conto che l'identificazione dell'oggetto della domanda va operata avendo riguardo all'insieme delle indicazioni contenute nell'atto di citazione e dei documenti ad esso allegati, dall'altro, che l'oggetto deve risultare assolutamente incerto; in particolare, quest'ultimo elemento deve essere vagliato in coerenza con la ragione ispiratrice della norma che impone all'attore di

specificare sin dall'atto introduttivo, a pena di nullità, l'oggetto della sua domanda, ragione che, principalmente, risiede nell'esigenza di porre immediatamente il convenuto nelle condizioni di apprestare adeguate e puntuali difese prima ancora che di offrire al giudice l'immediata contezza del *thema decidendum*, con la conseguenza che non potrà prescindersi, nel valutare il grado di incertezza della domanda, dalla natura del relativo oggetto e dalla relazione in cui, con esso, si trovi eventualmente la controparte se tale, cioè, da consentire, comunque, un'agevole individuazione di quanto l'attore richiede e delle ragioni per cui lo fa, o se, viceversa, tale da rendere effettivamente difficile, in difetto di maggiori specificazioni, l'approntamento di una precisa linea di difesa (Cass. Sent. n. 1681 del 29.01.2015).

2.1. Nel caso di specie, è agevole rilevare che, seppur ulteriormente specificate, quanto alla dinamica del sinistro, in occasione della prima memoria istruttoria, per un verso, risultano del tutto chiare le ragioni dall'attore poste a fondamento della domanda e, per l'altro, che sulle stesse la compagnia assicurativa

Se così è, la contestazione di nullità dell'atto di opposizione è infondata in quanto il predetto vizio ricorre quando sia assolutamente incerto il *petitum* ovvero la *causa petendi* azionata e che tale situazione non ricorre quando il *petitum*, inteso sotto il profilo formale come provvedimento giurisdizionale richiesto e sotto l'aspetto sostanziale come bene della vita di cui si chiede il riconoscimento, sia comunque individuabile attraverso un esame complessivo dell'atto introduttivo del giudizio, non limitato alla parte di esso destinata a contenere le conclusioni, ma esteso anche alla parte espositiva (sufficientemente completa e dettagliata in ordine ai danni subiti per la lamentata affrettata esecuzione della citata ordinanza), costituendo il relativo apprezzamento una valutazione di fatto riservata al giudice di merito e non censurabile in sede di legittimità se non congruamente o correttamente motivata (cfr. Cass. 7448/2001; 3911/01; 188/96; 3269/95; 6512/83; 2125/76; 1716/75).

Per contro, nell'atto di citazione, per come anche integrato nella successiva memorie *ex art. 171 ter*, c.p.c. risultano compiutamente esposti i fatti essenziali e costitutivi del diritto azionato, direttamente rilevanti ai fini della decisione.

La nullità dell'atto di citazione si produce infatti laddove la determinazione della cosa che forma oggetto della domanda ovvero l'esposizione dei fatti che ne costituiscono le ragioni sia stata del tutto omessa o risulti assolutamente incerta. Secondo il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità (cfr. *ex plurimis* Cass. Civ. SS.UU., sent. n. 8077/2012, nonché Cass. Civ. sent. n. 14552/2008, n. 11751/2013, n. 1681/2015), ai fini dell'individuazione tanto del *petitum* quanto della *causa petendi*, occorre aver riguardo al

contenuto complessivo dell'atto di citazione, desunto non solo dal corpo dell'atto medesimo bensì anche dalle indicazioni inserite nei documenti ad esso allegati, i quali ne costituiscono pertanto parte integrante, purché specificamente indicati ai sensi dell'art. 163, comma n. 5 c.p.c. (cfr. sul punto Cass. Civ., sent. n. 3363/2019). In tal senso, non si richiede la trascrizione delle risultanze di tali documenti direttamente nel corpo della citazione. L'atto di citazione può dunque ritenersi nullo nel solo caso in cui, anche all'esito di siffatta valutazione complessiva, non sia stato possibile identificare l'oggetto della domanda o le circostanze di fatto c3. he ne costituiscono le ragioni.

3. LA VALUTAZIONE NEL MERITO DELLA DOMANDA DI PARTE ATTRICE. SULLA RICOSTRUZIONE DELLA DINAMICA DEL FATTO. L'ECCEZIONE DI INOPERATIVITÀ DELLA POLIZZA.

Il contratto di assicurazione è un contratto consensuale, soggetto a un regime di forma scritta *ad probationem* e con l'obbligo, per l'assicuratore, di rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto. Il contratto può essere stipulato in nome e per conto proprio, in nome e per conto altrui, in nome proprio e per conto altrui e in nome e per conto di chi spetta, come nel caso in cui siano assicurate merci viaggianti.

Rischio e premio sono elementi essenziali del contratto: **il rischio costituisce l'oggetto del contratto di assicurazione e consiste nella possibilità che si verifichi un determinato evento futuro e incerto**: il premio dovuto da ciascun assicurato è il corrispettivo dell'obbligazione assunta dall'impresa per avere diritto ad alcune prestazioni a carattere aleatorio.

In relazione alle tipologie di assicurazioni si distingue tra assicurazioni contro i danni e assicurazioni sulla vita: nell'assicurazione contro i danni è l'assicurazione che copre i rischi ai quali sono esposti determinati beni dell'assicurato; all'interno della categoria rientrano varie specie di assicurazioni.

Si distinguono, in primo luogo, le assicurazioni di cose, nelle quali il valore della cosa assicurata può essere calcolato, al momento della stipulazione del contratto, con una certa approssimazione, e che includono non soltanto cose singole, ma anche universalità di beni, crediti e beni o utilità future.

Le assicurazioni del patrimonio coprono, invece, il rischio cui è esposto l'intero patrimonio dell'assicurato e nelle quali solitamente non è possibile valutare il valore assicurabile, come accade nell'assicurazione della responsabilità civile verso terzi.

Le assicurazioni contro i danni alla persona, specificamente le assicurazioni per infortuni e malattie, nelle quali l'interesse assicurato è l'interesse all'integrità fisica della

persona, prevedono un indennizzo predeterminato convenzionalmente in relazione al tipo e alla gravità delle conseguenze della lesione.

Elemento essenziale del contratto, oltre al rischio e al premio, è l'interesse dell'assicurato al risarcimento del danno, in mancanza del quale il contratto è nullo.

Nell'assicurazione contro i danni vige il principio indennitario, in base al quale l'indennizzo dovuto dall'assicuratore non può superare il danno sofferto dall'assicurato; ciò per evitare che per quest'ultimo l'assicurazione si trasformi in strumento di speculazione e di arricchimento. Il principio indennitario opera anche quando siano contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori per il medesimo rischio; anche in tal caso, le somme complessivamente riscosse a titolo di indennità non devono superare l'ammontare del danno.

3.1. Sul piano probatorio incombe in capo all'assicurato, al fine di beneficiare della copertura assicurativa, l'onere di provare di aver subito un danno e che da tale evento, oggetto delle garanzie contrattuali, è conseguito il pregiudizio assicurato.

Ed invero, in linea generale, in materia di assicurazione contro i danni, poiché il fatto costitutivo del diritto dell'assicurato all'indennizzo consiste in un sinistro verificatosi in dipendenza di un rischio assicurato e nell'ambito spaziale e temporale in cui la garanzia opera, trova operatività il principio secondo il quale incombe sull'assicurato medesimo, ai sensi dell'art. 2697 c.c., l'onere di dimostrare che si è verificato un evento coperto dalla garanzia assicurativa e che esso ha causato il danno di cui si reclama il ristoro; come evidenziato dalla giurisprudenza di merito in tema di assicurazione contro i danni, poiché il fatto costitutivo del diritto dell'assicurato all'indennizzo consiste in un danno verificatosi in dipendenza di un rischio assicurato e nell'ambito spaziale e temporale in cui la garanzia opera, ai sensi dell'art. 2697 c.c. spetta al danneggiato dimostrare che si è verificato un evento coperto dalla garanzia assicurativa e che esso ha causato il danno di cui reclama il ristoro o chiede la copertura ai fini della responsabilità civile (Tribunale, Milano, sez. VI, 18/02/2019, n. 1554; Cass. Civ. sez. VI 3 febbraio 2023, n. 3446).

Ancor più nel dettaglio, in caso di contratti di assicurazione che prevedono cause di esclusione della garanzia si deve fare applicazione del principio secondo il quale nel giudizio promosso dall'assicurato nei confronti dell'assicuratore, ed avente ad oggetto il pagamento dell'indennizzo assicurativo, è onere dell'attore provare che il rischio avvertatosi rientri nei rischi inclusi, ovvero nella categoria generale di rischi oggetto di copertura assicurativa. Se il contratto contiene clausole di delimitazione del rischio indennizzabile (soggettive, oggettive, causali, spaziali, temporali), la sussistenza dei presupposti di fatto per

L'applicazione di tali clausole costituisce un fatto impeditivo della pretesa attorea, e va provato dall'assicuratore¹.

Invero, (cfr. Cass. civ. sez. III, 09/08/2023, n. 24273) il fatto costitutivo della pretesa dell'assicurato, nel giudizio promosso nei confronti dell'assicuratore contro i danni ed avente ad oggetto il pagamento dell'indennizzo pattuito, è l'avverarsi di un rischio corrispondente a quello descritto nella polizza.

L'assicurato, dunque, ha l'onere di dimostrare che si è verificato il fatto dannoso previsto nella polizza; che esso sia stato prodotto dalle cause previste dalla polizza, e che abbia prodotto gli effetti previsti dalla polizza.

Parallelamente, l'eccezione d'inoperatività della polizza assicurativa non costituisce un'eccezione in senso proprio, ma una semplice difesa, una mera argomentazione giuridica, volta a contestare il fondamento della domanda con l'assumere l'estraneità dell'evento ai rischi contemplati nel contratto: l'eccezione di inoperatività della polizza, assumendo l'estraneità dell'evento ai rischi contemplati nel contratto, costituisce una semplice difesa volta a contestare il fondamento della domanda (sentenze 3 luglio 2014, n. 15228, e 12 luglio 2019, n. 18742; Cass. civ. sez. III, 25/07/2022, n. 23076).

3.2. È noto tuttavia come il rischio previsto nel contratto di assicurazione sia di norma un rischio delimitato attraverso patti di vario genere che circoscrivono, a seconda delle volontà delle parti e del premio pagato, l'indennizzabilità ai soli danni derivanti da

¹ Costituisce principio consolidato nella giurisprudenza di legittimità in tema di responsabilità contrattuale, colui che agisce per l'adempimento (ovvero per la risoluzione o per il risarcimento del danno) deve dare la prova della fonte negoziale o legale del suo diritto, limitandosi alla mera allegazione della circostanza dell'inadempimento della controparte, mentre è al debitore convenuto che incombe di dare la prova del fatto estintivo, costituito dall'avvenuto adempimento, ovvero del fatto impeditivo o modificativo (cfr. Cass., Sez. Un., 30/10/2001, n. 13533).

Peraltro, come la Corte di Cassazione ha avuto modo di ulteriormente precisare in tema di assicurazione contro i danni, il fatto costitutivo del diritto dell'assicurato all'indennizzo consiste in un danno verificatosi in dipendenza di un rischio assicurato e nell'ambito spaziale e temporale in cui la garanzia opera; corollario di ciò, pertanto, è l'onere probatorio gravante sull'assicurato di dimostrare che si è verificato un rischio coperto dalla garanzia assicurativa e che esso ha causato il danno di cui reclama il ristoro, ma anche, analogamente, con riferimento agli elementi temporali e spaziali della garanzia (v. Cass., 8/1/1987, n. 17; Cass., 4/3/1978, n. 1081).

In altri termini, poiché nell'assicurazione contro i danni il fatto costitutivo del diritto dell'assicurato all'indennizzo consiste in un danno verificatosi in dipendenza di un rischio assicurato e nell'ambito spaziale e temporale in cui la garanzia opera, ai sensi dell'art. 2697 c.c. spetta al danneggiato dimostrare che si è verificato un evento coperto dalla garanzia assicurativa e che esso ha causato il danno di cui reclama il ristoro o chiede la copertura ai fini della responsabilità civile (v. Cass., 17/5/1997, n. 4426).

E la Corte di cassazione (Cass. Civ. Sez. 3, Sentenza n. 6108 del 20/03/2006) insegna che qualora l'assicuratore convenuto per il pagamento dell'indennità deduca che la garanzia assicurativa non opera, ricorrendo una ipotesi di esclusione, propone un'eccezione in senso improprio e non proprio in quanto altro non fa che contestare il fatto costitutivo della domanda, con la conseguenza che non si assume alcun onere probatorio, come a norma del capoverso dell'art. 2697 c.c. accadrebbe se proponesse una eccezione in senso proprio, lasciando immutato l'onere probatorio a carico della parte attrice, la quale è tenuta a dimostrare il fatto costitutivo della domanda in tutta la sua estensione (cfr. da ultimo Cass. civ. n. 1558 del 23/01/2018, con riferimento al riparto dell'onere della prova fra assicurato e assicuratore).

determinate cause (delimitazione causale del rischio), ovvero ai soli danni consistiti in determinati eventi (delimitazione oggettiva del rischio), od ancora ai soli danni sinistri che abbiano colpito determinate persone (delimitazione soggettiva del rischio).

Per effetto dell'inserimento nel contratto di assicurazione di queste clausole di delimitazione del rischio, si è osservato in giurisprudenza, gli effetti avversi cui l'assicurato è teoricamente esposto possono essere classificati in tre categorie:

- (a) i rischi inclusi;
- (b) i rischi esclusi;
- (c) i rischi non compresi.

I rischi inclusi sono quelli per i quali il contratto accorda all'assicurato il pagamento dell'indennizzo.

I rischi esclusi sono quelli del tutto estranei al contratto.

I rischi non compresi sono invece quelli che astrattamente rientrerebbero nella generale previsione contrattuale, ma l'indennizzabilità dei quali è esclusa con un patto espresso di delimitazione del rischio.

3.3. La distinzione appena riassunta, risalente e condivisa da autorevole dottrina, riverbera effetti sul piano del riparto dell'onere della prova.

La circostanza che l'evento dannoso rientri tra i "rischi inclusi" è fatto costitutivo della pretesa, e va provata dall'assicurato.

La circostanza che l'evento verificatosi rientri fra i rischi "non compresi" – rispetto ai quali, cioè, opera una clausola di delimitazione del rischio – costituisce invece un fatto impeditivo della pretesa attorea, e va provato dall'assicuratore atteso che tale circostanza, infatti, non rappresenta un fatto costitutivo della domanda, ma un fatto costitutivo dell'eccezione di non indennizzabilità, e come tale deve essere dimostrato da chi quell'eccezione invoca (principi già affermati dalla S.C., Sez. 3, Sentenza n. 25510 del 21.9.2021; Sez. 3, Ordinanza n. 9205 del 2.4.2021; Sez. 3 -, Ordinanza n. 1558 del 23/01/2018 e, estremamente di recente, Cass. civ. sez. III, 09/08/2023, n. 24273).

3.4. Orbene, calendo i suesposti principi nella presente fattispecie, osserva il Tribunale che, a fronte della contestazione e dei dubbi sollevati dalla compagnia assicurativa in merito al concreto svolgimento del sinistro, alle sue modalità e tempistiche, la complessiva dinamica descritta dall'attore non è in alcun modo provata.

In particolare, anche ricorrendo alle specificazioni della dinamica contenuta in occasione della prima memoria, l'attore ha riferito di essere "...scivolato e, per riprendermi, sono finito con la mano destra contro le lame del disco". Come detto, [REDACTED] è claudicante e, mentre tagliava la legna, poggiava il peso del corpo sul piede sinistro che è quello sano. Quando si è piegato per raccogliere la

legna ha spostato il peso sul piede destro e gli è venuto a mancare l'appoggio, quindi ha rischiato di perdere l'equilibrio. Per non cadere ha portato, dunque, la mano verso il banco da lavoro trovando, però, l'impatto con i denti della sega circolare. Questi i fatti...".

Ora, anche a voler prescindere dalle perplessità sollevate dalla convenuta e dagli elementi di contraddittorietà che la stessa ha ravvisato, osserva il Tribunale che di tali elementi non v'è prova alcuna, non avendo l'attore chiesto di provare alcunché in merito al verificarsi del sinistro.

Né varrebbe obiettare che, al momento dello stesso, l'attore fosse solo: ed infatti, al fine di corroborare la dinamica descritta l'attore avrebbe potuto (e dovuto) offrire di provare, quantomeno, gli elementi "circostanziali" che avrebbero, in via presuntiva, potuto corroborare la dinamica descritta.

Per contro l'attore si è limitato a produrre unicamente il verbale di accesso al pronto soccorso; tale circostanza, in verità, se è idonea a provare l'evento naturalistico occorso (cioè a dire la amputazione della falange prossimale del quinto dito della mano destra), non ne prova la dinamica intesa come scaturigine del sinistro, al fine di provare che quell'evento sia riconducibile al rischio assicurato.

Nella presente fattispecie, insomma, non vi è prova alcuna della dinamica, del fatto che l'attore stesse tagliando la legna, di dove ciò sia accaduto, di quando (mattina, pomeriggio, sera) ciò sia accaduto, e dei primi soccorsi mediante le dichiarazioni della madre dell'attore, che avrebbe accompagnato il sig. ██████████ al pronto soccorso.

3.4.1. In verità, quanto allo stato dei luoghi, sono gli allegati alla perizia di parte della convenuta che danno contezza dell'esistenza di un tavolo di lavoro e dell'esistenza di una sega elettrica, in quanto ritratti in alcune foto.

Ora, è ben vero che il materiale probatorio, in forza del principio di acquisizione, una volta veicolato nel procedimento può essere utilizzato anche *contro* la parte che abbia operato la produzione; nondimeno, il possesso di sega circolare elettrica montata su un banco metallico non consente di ricostruire la dinamica del sinistro che l'attore non ha chiesto di provare, neanche indirettamente, non procedendo al deposito della seconda memoria di trattazione.

3.5. Quanto precede – anche superando le perplessità adombrate dalla convenuta legate alla presenza di plurimi sinistri "specifici" (giacché oltre alle due dita recentemente amputate dalla sega circolare, al sig. ██████████ manca anche l'indice della mano sinistra) – conduce al rigetto della domanda con assorbimento di tutte le ulteriori questioni relative alla inoperatività della polizza relativamente alla qualificazione dell'evento in termini di caso fortuito ovvero "mera distrazione", come sostiene la convenuta, all'operatività dell'art. 3

delle condizioni di contratto (la cui prova, sulla scorta di quanto sopra detto, gravava sulla parte convenuta), dal momento che la generica rappresentazione dei fatti (sommariamente descritta in citazione) e di poi meglio specificata con la prima memoria ma non provata non può ritenersi provata in forza, essenzialmente, della produzione del solo referto di pronto soccorso, la cui produzione non esaudisce l'onere della prova su di essa gravante di fornire prova certa del fatto costitutivo del diritto di indennizzo assicurativo e conseguentemente alcun indennizzo può essere riconosciuto.

4. Sia consentita un'ulteriore considerazione.

Avrebbe condotto al rigetto della domanda anche la valutazione della sostanziale eccezione di decadenza sollevata dalla compagnia assicurativa per avere l'attore fornito dichiarazioni reticenti.

Si premette che la circostanza è stata fatta valere in via di eccezione dall'attore in occasione della seconda memoria *ex art. 171 ter c.p.c.*, in relazione alla rappresentazione di un sinistro (quello avvenuto nel 2020) esternato solo in occasione della prima memoria di trattazione, e dunque l'assunto è da ritenersi tempestivo.

4.1. La disposizione di cui all'art. 1892 c.c. consente l'annullamento del contratto di assicurazione qualora ricorrano tre presupposti, cioè a dire la dichiarazione reticente o inesatta, cui la legge equipara le dichiarazioni contrarie al vero; la circostanza che la dichiarazione sia frutto di dolo o colpa grave; infine, la rilevanza di tale dichiarazione ai fini della reale rappresentazione e valutazione delle circostanze del rischio.

L'onere probatorio in ordine alla sussistenza di tali condizioni è a carico dell'assicuratore (Cass.civ., sez. III, 10/06/2020, n. 11115; Cass. civ., sez. III, 10/06/2015, n. 12086; Cass. civ., sez. III, 10/06/2015, n. 12086).

Qualora l'assicurazione ritenga integrata la fattispecie in esame, la compagnia assicurativa può chiedere l'annullamento del contratto, se conosce delle dichiarazioni non veritiere prima della verifica del sinistro; l'assicuratore decade, però, dall'esperimento dell'azione se, entro tre mesi dal giorno in cui ha preso contezza dell'inesattezza della dichiarazione o della reticenza, non comunica all'assicurato il suo intento di voler agire in giudizio.

Oltre a ciò, l'assicurazione può rifiutare il pagamento se apprende del mendacio dopo la verifica del sinistro.

In questa seconda ipotesi, possono verificarsi due situazioni: la prima è quella in cui l'assicuratore venga a conoscenza del reale stato delle cose dopo il pagamento dell'indennizzo, potendosi, in tali casi, promuovere nei confronti dell'assicurato l'azione di

indebita, ai sensi dell'art. 2033 c.c. poiché il pagamento effettuato non è sorretto da una valida causa giustificatrice,

Nella seconda ipotesi, invece, se il sinistro si verifica prima che l'assicuratore abbia appreso della reticenza o dell'inesattezza, oppure dopo tale momento, ma prima che sia decorso il termine di tre mesi per l'impugnazione del contratto, la compagnia assicurativa non è tenuta al pagamento dell'indennizzo (art. 1893, comma 3, c.c.). In questo caso, l'assicuratore, se convenuto in giudizio dall'assicurato, può sempre eccepire la sussistenza dell'inesattezza o della reticenza, senza necessità di previa impugnazione del contratto con l'azione di annullamento (Cassazione civile, sez. III, 06/06/2014, n. 12831; Cass. Sez. III, Sentenza n. 16406 del 13/07/2010; Cass. Sez. III, Sentenza n. 3165 del 04/03/2003).

La costante giurisprudenza della S.C., infatti, ha affermato che in tema di assicurazione contro gli infortuni, l'onere imposto dall'art. 1892 c.c., all'assicuratore, di manifestare, allo scopo di evitare la decadenza, la propria volontà di esercitare l'azione di annullamento del contratto, per le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'assicurato, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto la causa dell'annullamento, non sussiste quando il sinistro si verifichi prima che sia decorso il termine suddetto ed ancora più quando il sinistro si verifichi prima che l'assicuratore sia venuto a conoscenza dell'inesattezza o reticenza della dichiarazione, essendo sufficiente in tali casi, per sottrarsi al pagamento dell'indennizzo, che l'assicuratore stesso invochi, anche mediante eccezione, la violazione dolosa o colposa dell'obbligo posto a carico dell'assicurato di rendere dichiarazioni complete e veritiere sulle circostanze relative alla rappresentazione del rischio (così, tra le altre, le sentenze 12 novembre 1985, n. 5519, 4 marzo 2003, n. 3165, 4 gennaio 2010, n. 11, 13 luglio 2010, n. 16406, e 6 giugno 2014, n. 12831).

In altri termini, in caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze dell'assicurato che siano rilevanti ai fini della manifestazione del consenso al contratto da parte dell'assicuratore, questi ha la possibilità di chiedere l'annullamento del contratto se tale reticenza venga scoperta prima che il sinistro si verifichi, oppure di *“rifiutare il pagamento dell'indennizzo, anche lasciando in vita il contratto, se la reticenza venga scoperta dopo il sinistro, ovvero prima del sinistro, ma quando quest'ultimo si verifichi entro tre mesi”* (così la sentenza n. 12831 del 2014; Cass. civ. sez. III, 19/06/2020, n. 11905).

4.2. In generale, v'è da dire che la verifica dello stato di salute dell'assicurato al momento della stipula della polizza, attiene all'adempimento dell'obbligo di informazione nella fase precontrattuale e l'eventuale violazione, ove siano dimostrati dall'assicuratore il dolo, la colpa e l'incidenza sulla valutazione del rischio, determina una ragione di annullamento della polizza, che, pur essendo opponibile agli aventi causa dall'assicurato,

non costituisce inadempimento agli stessi ascrivibile ai sensi dell'art. 1460 c.c., ma deve essere dedotto *ex art.* 1892 cod. civ. i cui principi di applicazione, con relativi oneri probatori, saranno ora precisati.

La pacifica e consolidata giurisprudenza del S.C. (cfr. *ex multis* Cass. civ. sez. III, 31 luglio 2015, n. 16284) ha affermato in più occasioni che, in tema di contratto di assicurazione, la reticenza dell'assicurato è causa di annullamento negoziale quando si verificano cumulativamente tre condizioni:

- a) che la dichiarazione sia inesatta o reticente;
- b) che la dichiarazione sia stata resa con dolo o colpa grave;
- c) che la reticenza sia stata determinante nella formazione del consenso dell'assicuratore; a riguardo il giudizio sulla rilevanza delle dichiarazioni inesatte o sulla reticenza del contraente, implicando un apprezzamento di fatto, è riservato al giudice di merito ed è censurabile in sede di legittimità solo se non sia sorretto da una motivazione logica, coerente e completa (così, da ultimo, la sentenza 30 novembre 2011, n. 25582, in linea con le precedenti sentenze 29 marzo 2006, n. 7245, 21 luglio 2006, n. 16769 ed altre conformi).

È stato anche affermato che l'inesattezza delle dichiarazioni o le reticenze cui fanno riferimento gli artt. 1892 e 1893 c.c. non necessariamente presuppongono la consapevolezza, da parte del contraente, di essere affetto dalla specifica malattia che abbia poi dato luogo al sinistro, ma possono essere integrate da qualsiasi circostanza sintomatica del suo stato di salute che l'assicuratore abbia considerato potenzialmente rilevante ai fini della valutazione del rischio, domandandone di esserne informato dal contraente, se del caso tramite la compilazione di un questionario (sentenza 11 giugno 2010, n. 14069).

Quanto, poi, al punto specifico della reticenza, è stato affermato che il contratto di assicurazione è annullabile, ai sensi dell'art. 1892 c.c., quando l'assicurato abbia con coscienza e volontà omesso di riferire all'assicuratore, nonostante gli sia stata rivolta apposita domanda, circostanze suscettibili di esercitare una effettiva influenza sul rischio assicurato (sentenza 19 gennaio 2001, n. 784; in quel caso, si trattava di una polizza sanitaria per la quale era stato chiesto il pagamento del costo di una operazione di protesi del ginocchio, pagamento rifiutato dall'assicuratore per avere l'assicurato sottaciuto, al momento della stipula, di soffrire di gonalgia, ma il principio si adatta in pieno anche al caso odierno).

4.3. Ancor più nel dettaglio, anche di recente (cfr. Cass. civ. sez. III, 5 ottobre 2018, n. 24563) si è osservato che il contratto di assicurazione è annullabile per reticenza o dichiarazioni inesatte *ex art.* 1892 c.c., “...quando l'assicurato abbia con coscienza e volontà omesso

di riferire all'assicuratore, nonostante gli sia stata rivolta apposita domanda, circostanze suscettibili di esercitare una effettiva influenza sul rischio assicurato, non essendo necessaria anche la consapevolezza di essere affetto dalla specifica malattia che abbia poi dato luogo al sinistro...?" (v. Cass. Sez. 3 -, Ordinanza n. 19520 del 04/08/2017, Rv. 645729 - 01, ove la S.C. ha confermato la decisione di merito che aveva ritenuto sussistere colpa grave del contraente che, al momento della stipula della polizza, pur non essendo consapevole di avere una patologia tumorale, aveva sottoscritto una dichiarazione attestante una circostanza non vera, ossia di non aver subito interventi chirurgici nei cinque anni precedenti).

Ed infatti, in tema di annullamento del contratto di assicurazione per reticenza o dichiarazioni inesatte *ex art. 1892 c.c.*, sotto il profilo dell'elemento soggettivo, al fine di integrare l'elemento soggettivo del dolo non è necessario che l'assicurato ponga in essere artifici o altri mezzi fraudolenti, essendo sufficiente la coscienza e volontà di rendere una dichiarazione inesatta o reticente; quanto alla colpa grave, occorre invece che la dichiarazione inesatta o reticente sia frutto di una grave negligenza che presupponga la coscienza dell'inesattezza della dichiarazione o della reticenza in uno con la consapevolezza dell'importanza dell'informazione, inesatta o mancata, rispetto alla conclusione del contratto ed alle sue condizioni (v. Sez. 3 -, Ordinanza n. 19520 del 04/08/2017; Cass. Sez. 3, Sentenza n. 12086 del 10/06/2015 - Rv. 635562 - 01-).

Ciò in quanto nel contratto di assicurazione gli obblighi informativi hanno la precipua funzione di garantire un giusto equilibrio tra i rischi che ogni parte si assume in ordine all'evento futuro e incerto che costituisce l'oggetto del contratto.

4.4. Come si diceva la valutazione sulla rilevanza delle dichiarazioni inesatte o reticenti del contraente appartiene al giudice del merito e per valutare la correttezza del comportamento assunto dall'assicurato in rapporto agli obblighi informativi cui era tenuto nello stipulare la polizza, lo stesso deve, dunque, porre la sua attenzione sugli elementi denotanti le condizioni di salute, presenti al tempo della sottoscrizione della polizza, già noti o conoscibili da parte dell'assicurato in base a un criterio di ordinaria diligenza, senza tener conto di quanto accaduto *ex post* se non in termini di ulteriore elemento di riscontro circa il collegamento logico-temporale con lo stato pregresso di salute.

Con maggior impegno esplicativo, l'onere di denuncia delle circostanze rilevanti (tra queste la malattia) sorge solo che l'assicurazione manifesti interesse a conoscere gli stati rilevanti che possano condizionare il suo impegno contrattuale, interesse che è validamente e sufficientemente manifestato attraverso un generico questionario, volto a stimolare la dichiarazione della controparte.

Correttamente è stato osservato che la predisposizione di un questionario da parte dell'assicuratore, benché non abbia la funzione di tipizzare le possibili cause di annullamento del contratto di assicurazione per dichiarazioni inesatte o reticenti, evidenzia tuttavia l'intenzione dell'assicuratore di annettere particolare importanza a determinati requisiti e richiama l'attenzione del contraente a fornire risposte complete e veritiere sui quesiti medesimi e, quindi, dev'essere valutata dal giudice in sede di indagine sul carattere determinante, per la formazione del consenso, dell'inesattezza o della reticenza (Cass. 4682/1999), così che è sufficiente che l'assicuratore chieda all'assicurato di denunciare ogni possibile situazione che possa aumentare il rischio o concretizzarlo del tutto (Cass. 27578/2011; Cass. civ. sez. III, 13/05/2020, n. 8895).

4.5. Ebbene, alla luce di quanto prece, sarebbe, altresì, fondata l'eccezione di inoperatività della polizza, per avere l'assicurato, all'atto della stipula del contratto, reso una dichiarazione reticente relativa a circostanze tali che hanno impedito all'assicuratore di formare in maniera consapevole il proprio consenso, impedendogli di negarlo ovvero prestarlo ma non alle medesime condizioni, con conseguente integrazione della fattispecie di cui all'art. 1892 c.c., in relazione all'esistenza di un precedente sinistro occorso nel 2020.

4.5.1. Ed infatti, se è vero che, secondo parte della giurisprudenza, non sarebbero sufficienti ad integrare la colpa grave dell'assicurando dichiarazioni generiche rese sulla scorta di richieste di informazioni altrettanto generiche sul proprio di salute (come quelle che si limitano alla richiesta di attestare il "buono stato di salute"), è altrettanto vero che è incontrovertibile che l'assicurato abbia dichiarato al momento della sottoscrizione della polizza la perdita anatomica di pollice ed indice della mano sinistra e della falange ungueale del dito medio della mano destra.

Nel caso in esame, l'indiscutibile conoscenza e la mancata comunicazione da parte dell'assicurando, al momento della dichiarazione, di un precedente infortunio che gli ha impedito di prestare la propria attività lavorativa consentendo all'attore di riprendere le sue normali attività solo nel gennaio del 2023 (il sinistro è del mese di ottobre del 2022) e che, addirittura, ha determinato per il sig. ██████████ l'insorgere di difficoltà di deambulazione che avrebbero potuto incrementare il verificarsi di fattori di rischio astrattamente rientranti nel rischio assicurato configura una grave violazione degli obblighi di buona fede e correttezza che gravano su ciascuna delle parti contraenti, ivi compreso il consumatore-contraente debole nonché, al contempo, una reticenza in ordine al proprio stato di salute rilevante ai fini dell'art. 1892 c.c.

4.5.2. Ricordato in punto di diritto **che** in tema di annullamento del contratto di assicurazione per reticenza o dichiarazioni inesatte ex art. 1892 cod. civ., non è necessario,

al fine di integrare l'elemento soggettivo del dolo², che l'assicurato ponga in essere artifici o altri mezzi fraudolenti, essendo sufficiente la sua coscienza e volontà di rendere una dichiarazione inesatta o reticente mentre, **che** quanto alla colpa grave occorre invece che la dichiarazione inesatta o reticente sia frutto di una grave negligenza che presupponga la coscienza dell'inesattezza della dichiarazione o della reticenza in uno con la consapevolezza dell'importanza dell'informazione, inesatta o mancata, rispetto alla conclusione del contratto ed alle sue condizioni, e **che** la configurabilità di dichiarazioni inesatte o reticenti va comunque riscontrata in relazione a dati di fatto oggettivi e non alla valutazione di tali dati, considerato che la norma di cui all'art. 1892 c.c. fa riferimento a circostanze e situazioni di fatto che poi l'assicuratore ha il potere-dovere di apprezzare autonomamente al fine di valutare il rischio sulla base degli elementi oggettivi, **in conclusione** vi è stata l'omissione di circostanze che, tenuto conto della tipologia del rapporto di assicurazione (rischi professionali ed extraprofessionali) che si stava sottoscrivendo, avrebbe dovuto essere rappresentate.

5. CONCLUSIONI E SPESE DI LITE

La domanda è dunque rigettata.

Le spese seguono la soccombenza e le stesse sono liquidate in dispositivo tenuto conto del valore della lite e dell'assenza di attività istruttoria e del fatto che il procedimento è stato definito in un'unica udienza; ciò consente di fare applicazione della massima riduzione tanto per la fase decisionale mentre la liquidazione avviene con applicazione dei valori medi per la fase introduttiva e la fase di studio;

P.Q.M.

Il Tribunale di Perugia, definitivamente pronunciando sulla causa di cui in epigrafe, ogni altra istanza, eccezione e deduzione disattesa, così provvede:

- **Rigetta** la domanda;
- **Condanna** parte attrice alla refusione delle spese di lite che si liquidano in € 4.358,00 oltre accessori fiscali e previdenziali e rimborso forfetario (15%) come per legge.

² Il dolo, innanzitutto, non richiede artifici o raggiri, ma la mera coscienza e volontà di rendere una dichiarazione inesatta o reticente (cfr. Cass. 2086/2015; Cassazione civile, sez. III, 06/06/2014, n. 12831). In ordine alla colpa grave occorre, invece, che la dichiarazione inesatta o reticente sia frutto di una grave negligenza che presupponga la coscienza dell'inesattezza della dichiarazione o della reticenza insieme alla consapevolezza dell'importanza dell'informazione, inesatta o mancata, rispetto alla conclusione del contratto ed alle sue condizioni (Cass. 12086/15).

Così deciso in Perugia, il 15 aprile 2024.

Il Giudice
dott. Luca Marzullo

Sentenza resa ex art. 281 *sexies* e pubblicata mediante lettura in assenza delle parti rinuncianti a comparire ed allegazione al verbale.

Il Giudice
(dott. Luca Marzullo)