

REPUBBLICA ITALIANA

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

MARCO ROSSETTI

Presidente

CRISTIANO VALLE

Consigliere Rel.

PASQUALINA A. P. CONDELLO

Consigliere

SALVATORE SAIJA

Consigliere

GIOVANNI FANTICINI

Consigliere

Oggetto:

ASSICURAZIONE
DANNI - CADUTA
DA C AVALLO -
LESIONE -
POSTUMI -
MASSIMALE DI
POLIZZA -
SUPERABILITÀ

Ad.30/10/2025 CC

ha pronunciato la seguente

ORDINANZA

sul ricorso iscritto al n. 18813/2022 R.G. proposto da:

██████████ domiciliato per legge all'indirizzo PEC del proprio
difensore, difeso dagli avvocati ██████████ ██████████

()

- ricorrente -

contro

S.P. A., in persona del legale rappresentante in carica ,
domiciliata per legge all'indirizzo PEC del proprio difensore, difesa
dall'avvocato

- controrricorrente -

avverso la SENTENZA della CO RTE d'AP PELLO di BRES CIA n. 623/2022 depositata il 20/05/2022. \





Udita la relazione svolta nella camera di consiglio del 30/10/2025 dal
Consigliere Cristiano Valle.

FATTI DI CAUSA

1. [REDACTED] sportivo equo estremo dilettante, nell'anno 2015, quando era ancora minorenne (essendo nato nel 1998), cadde da cavallo riportando gravi traumi che esitarono in tetraparesi.

In quanto tesserato con la Federazione Italiana [REDACTED] (d'ora innanzi [REDACTED] [REDACTED] era beneficiario d'una assicurazione contro gli infortuni stipulata con la società [REDACTED]

Tale polizza conteneva le seguenti pattuizioni:

a) [REDACTED] indicava quale "somma assicurata" per la garanzia contro gli infortuni non mortali la somma di euro 80.000;

b) stabiliva i criteri per la monetizzazione dell' singolo infortunio, in funzione della gravità dei postumi;

c) stabiliva che l'indennizzamento risultante dall'applicazione dei patti contrattuali dovesse aumentarsi di venti volte e se l' infortunio avesse provocato, entro 60 giorni dall'evento, "tetraplegia o paraplegia" (clausola n. [REDACTED] delle condizioni di polizza).

Poiché l'assicuratore ritenne in sede stragiudiziale non operante tale previsione, [REDACTED] convenne in giudizio, dinanzi al Tribunale di Cremona, [REDACTED] al fine di ottenere la condanna alla corresponsione del maggiore indennizzo ai sensi dell'art. 39 punto (9) della polizza assicurativa.

2. [REDACTED] si costituì in giudizio e offrì la somma di euro ottantamila, a titolo di "massimale" di polizza e chiese, nel merito, il rigetto della domanda con riferimento alla maggior somma richiesta dal [REDACTED]
[REDACTED] accettò la somma di euro ottantamila a titolo di acconto.

3. La causa venne istruita con l'interrogatorio dei testimoni e la consulenza medico-legale d'ufficio e, all'esito dell'istruttoria, il





Tribunale condannò [REDACTED] al pagamento della somma di oltre un milione di euro (euro 1.098.489,00).

[REDACTED] impugnò la sentenza dinanzi la Corte d'appello di Brescia.

[REDACTED] si costituì in fase d'impugnazione e resistette.

4. La Corte d'appello di Brescia, con sentenza n. 623 del 20/05/2022, ha accolto l'appello [REDACTED] e ha dichiarato che l'indennizzo dovuto dalla compagnia assicuratrice è pari alla somma, già corrisposta in corso di causa, di 80.000,00 euro.

Per pervenire a tale decisione la Corte d'appello ha così ragionato:

-) cadendo da cavallo, [REDACTED] patì una frattura della quarta vertebra cervicale;

-) la frattura della vertebra determinò una lesione midollare e i conseguenti postumi;

-) pertanto la "lesione" da prendere in considerazione ai fini della determinazione dell'indennizzo, secondo i patti contrattuali, non era rappresentata dalla lesione del midollo spinale, ma dalla frattura della vertebra;

-) per la frattura d'una vertebra il contratto prevedeva che l'invalidità dovesse stimarsi nella misura del 6%;

-) l'indennizzo pertanto andava calcolato moltiplicando il massimale per il grado di invalidità permanente del 6 %, e aumentando poi il prodotto di venti volte, ai sensi della clausola 39 delle condizioni di polizza;

-) tale clausola tuttavia non consentiva di superare il "massimale di polizza", considerato "tetto massimo dell'obbligo dell'assicuratore";

-) il Tribunale invece, ponendo a base del calcolo l'invalidità del 40% prevista per le "lesioni midollari" e moltiplicando poi il risultato per venti, era pervenuto ad un risultato "del tutto esorbitante" rispetto ai patti contrattuali.





4. Avverso la sentenza della Corte territoriale ricorre, con atto affidato a tre motivi, [REDACTED]

Resiste con controricorso [REDACTED] s.p.a.

Entrambe le parti hanno depositato memorie per l'audizione camerale del 30/1/2025, alla quale il Collegio ha trattenuto il ricorso in decisione e ha riservato il deposito dell'ordinanza nel termine di sessanta giorni.

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Il primo motivo del ricorso denuncia la violazione, ai sensi dell'art. 360, primo comma, n. 3 c.p.c., dell'art. 1367 c.c..

La sua illustrazione (al netto delle inconfondibili divagazioni della difesa del ricorrente sul "massimale" nell'assicurazione di *responsabilità civile*, fuori luogo apetto d'una assicurazione *contro gli infortuni*) si può così riassumere:

-) il contratto di assicurazione prevedeva alla clausola 39, lettera (c), punto (9), che " *qualora la lesione di portare dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco di 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà 20 volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento*";

-) l'interpretazione data dalla Corte d'appello alla suddetta clausola violava l'art. 1367 c.c., perché per effetto di essa il previsto aumento del doppio decuplo non poteva mai trovare applicazione per intero;

-) infatti gli esiti permanenti consistenti in paraplegia e tetraplegia, secondo i patti contrattuali, corrispondevano ad una invalidità permanente mai inferiore al 15%; il 15% di 80.000 (somma assicurata) era pari a euro 12.000; pertanto gli esiti di una paraplegia, moltiplicati in base ai patti contrattuali, *eccedevano sempre e comunque l'importo di euro 80.000*.





1.1. Prima di esaminare il merito della censura, la Corte - anche al fine di prevenire ulteriore contenzioso - reputa doveroso rilevare la formazione del giudicato interno circa l'applicabilità al caso di specie dell'aumento del doppio decuplo, previsto dall'art. 39, lettera (c), punto 9, delle condizioni di polizza.

La precisazione si impone in quanto la pròtasi della suddetta clausola è ben chiara: l'aumento del doppio decuplo è previsto per le sole ipotesi di "tetraplegia o paraplegia".

La tetraplegia (dal greco *pleghìa*, "percossa") è la paralisi dei quattro arti. Trattasi di patologia diversa dalla tetraparesi (dal greco *parèsis*, "rilassamento"), consistente nella perdita incompleta della motilità volontaria dei quattro arti.

Nel caso di specie i due lemmi sono stati usati in modo promiscuo e come sinonimi non solo dalla Corte d'appello [la quale definisce i postumi sofferti da [REDACTED] come "tetraparesi" a p. 9, secondo capoverso e p. 10, terzo capoverso; e come "tetraplegia" a p. 4, secondo e terzo capoverso e p. 11, secondo capoverso), ma anche dal consulente tecnico d'ufficio (che pure avrebbe dovuto ben conoscere la differenza, e nondimeno definì [REDACTED] affetto da "tetraparesi" alle pp. 8 e 9 della relazione di consulenza; ed affetto da "tetraplegia" alle pp. 3, 4 e 8 della medesima relazione). Nondimeno, che l'aumento del doppio decuplo dovesse applicarsi nel caso di specie è affermazione esplicitamente compiuta dalla Corte d'appello e non impugnata dalla [REDACTED]. Essa prescinde dal diverso problema della superabilità o meno, a termini di polizza, dell'importo di euro 80.000 indicato quale "somma assicurata" per la garanzia "infortuni", e costituisce pertanto un "capo di decisione" sul quale si è formato il giudicato.

1.2. Nel merito il motivo è fondato.

La polizza oggetto del contendere aveva la seguente struttura:





-) dettava i criteri per la monetizzazione dell'indennizzo limitandosi a rinviare alla tabella "A" allegata al d.P.C.M. 3.11.2010, contenente le norme sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sportivi [art. 39, lettera (c), primo paragrafo];

-) indicava come "somma assicurata" per la garanzia infortuni non mortali l'importo di euro 80.000;

-) stabiliva che, se l'infortunio avesse provocato una tetraplegia, l'indennizzo dovuto a termini di polizza sarebbe stato moltiplicato per venti.

1.3. La Corte d'appello ha qualificato la somma assicurata come "massimale"; ha ritenuto che essa costituisca il "*tetto massimo dell'obbligo gravante sull'assicuratore*"; ha moltiplicato per venti l'indennizzo ritenuto dovuto a termini di polizza e, rilevato che il risultato eccedeva l'importo di 80.000, ha concluso che il debito dell'assicuratore dovesse contenersi entro tale cifra.

1.4. Questa statuizione viola l'art. 1367 c. c., perché ha difatto *cancellato* dal contratto la previsione dell'art. 39, lettera (c), punto 9. L'aumento del doppio decuplo era infatti previsto dalla polizza per l'ipotesi di tetraplegia.

La tetraplegia è una lesione delle funzioni neurologiche centrali.

La polizza, come s'è detto, rinviava per la liquidazione dell'indennizzo ai criteri dettati dal d.P.C.M. 3.11.2010.

Gli artt. 10, comma primo, lettera (b), e 11, comma primo, di tale decreto stabiliscono che la misura dell'indennizzo dovuto in virtù delle polizze stipulate in attuazione di esso fosse determinata "*in proporzione al capitale*" stabilito nel contratto, capitale comunque non inferiore comunque ad euro 80.000, e "*facendo applicazione della apposita «tabella lesioni» in allegato A) al presente decreto*".

L'indennizzo dunque andava determinato, come è d'uso nei contratti di assicurazione contro gli infortuni, moltiplicando la somma





assicurata per il grado di invalidità permanente, a sua volta determinato in base alle indicazioni della Tabella "A" allegata al suddetto d.P.C.M..

1.5. La Tabella "A" allegata al d.P.C.M. 3.11.2010 *sub voce* "Lesioni sistema nervoso centrale" prevedeva cinque tipi di postumi di gravità crescente, cui erano assegnate percentuali di invalidità permanenti variabili dal 15 al 40%.

Poiché dunque la somma assicurata indicata nel contratto era pari ad euro 80.000, l'indennizzo di base previsto per le lesioni del sistema nervoso centrale potevano andare da un minimo di euro 12.000 ($80.000 \times 15\%$) ad un massimo di euro 32.000 ($80.000 \times 40\%$).

Il doppio decuplo di 12.000 è 240.000, ed il doppio decuplo di 32.000 è 640.000.

Ciò vuol dire che se davvero, come ha ritenuto la Corte d'appello, l'aumento del doppio decuplo previsto dalla clausola 39 cit. per l'ipotesi di tetraplegia fosse da intendersi contenuto entro il tetto massimo di euro 80.000, quella clausola mai sarebbe stata applicabile, perché mai la tetraplegia poteva sorgere postumi permanenti tali, da giustificare un indennizzo che, aumentato di venti volte come previsto dalla clausola, non superasse la somma assicurata.

1.6. Manifestamente infondate sono, al riguardo, le deduzioni svolte dalla [REDACTED] alle pp. 11 e ss. del controricorso.

Mutuando il medesimo errore di diritto in cui è incorsa la Corte d'appello, la [REDACTED] confonde il concetto di "somma assicurata" nell'assicurazione contro gli infortuni, con quello di "massimale", e conclude che la "somma assicurata" costituisca il limite insuperabile dell'obbligazione dell'assicuratore.





Varrà dunque ricordare che il concetto di “massimale” non ha nulla a che vedere con quello di “somma assicurata”.

Il “*massimale*” è un'opzione che viene in rilievo nell'assicurazione di patrimoni (assicurazione responsabilità civile, assicurazione contro le perdite pecuniarie, assicurazione contro le infedeltà dei dipendenti), e rappresenta in quel tipo di assicurazione l'esposizione massima cui si obbliga l'assicuratore. Esso può mancare e non è elemento essenziale del contratto (è lecita e praticata, infatti, l'assicurazione di responsabilità civile con massimale illimitato).

1.7. L'assicurazione contro gli infortuni non mortali non è un'assicurazione di patrimoni. Essa è un'assicurazione rientrante nel *genus* dell'assicurazione contro i danni (Cass. Sez. U., 10/04/2002, n. 5119).

Nell'assicurazione contro i danni elemento essenziale del contratto è il “valore” della cosa assicurata, dalla cui fissazione dipende non *il limite*, ma *la misura* dell'indennizzo dovuto dall'assicuratore (art. 1908 c.c.). Così ad es., se il sinistro dimezza il valore d'un bene di valore “100” assicurato per “50”, tale ultima misura indicherà non il debito dell'assicuratore, ma il dividendo da porre a base per il calcolo dell'indennizzo, che sarà ovviamente “25”.

Allo stesso modo nell'assicurazione contro gli infortuni la “somma assicurata” non indica affatto il tetto massimo dell'obbligazione dell'assicuratore, ma indica il *valore di riferimento* a partire dal quale determinare l'indennizzo, utilizzando il grado di invalidità permanente come percentuale.

1.8. Va da sé che l'invalidità permanente causata da un infortunio non potrà mai superare il 100% della complessiva validità dell'individuo, e che di conseguenza nell'assicurazione contro gli infortuni la “somma assicurata” finisce di fatto per diventare l'esposizione massima dell'assicuratore.





Ma ciò non toglie che essa assolva ad una funzione ben diversa da quella assoluta da massima nell'assicurazione di responsabilità civile, e che nulla vieta alle parti di prevedere meccanismi di variazione in aumento od in diminuzione dell'indennizzo dovuto applicando i criteri *standard* di polizza.

1.9. Il motivo va dunque accolto e la sentenza impugnata va cassata con rinvio, in applicazione del seguente principio di diritto:

"nell'assicurazione contro gli infortuni non mortali la "somma assicurata" esprime non il tetto massimo dell'obbligazione dell'assicuratore, ma solo il valore di riferimento su cui applicare la percentuale di invalidità permanente, al fine di determinare la misura dell'indennizzo. Per tanto, se il contratto preveda che la misura standard dell'indennizzo debba essere aumentata in presenza di determinate patologie e manchi un patto espresso che fissi il limite massimo dell'obbligazione dell'assicuratore, è contraria all'art. 1367 c.c. l'interpretazione della polizza con cui il giudice di merito, pur ritenendo applicabile il moltiplicatore dell'indennizzo, ne contenga il risultato entro il limite della somma assicurata".

2. Il secondo motivo di ricorso deduce violazione e falsa applicazione, ai sensi dell'art. 360, primo comma, n. 3 c. p.c. del combinato disposto degli artt. 1366 e 1370 c.c..

La tesi del ricorrente si può così riassumere:

-) la Corte d'appello ha liquidato l'indennizzo prendendo in considerazione non le *conseguenze* ("menomazione") dell'infortunio, ma la causa scatenante di esso ("*lesione*");

-) di conseguenza, non ha preso in esame la percentuale di invalidità permanente prevista per gli esiti di lesioni midollari (fino al 40%), ma quella prevista per gli esiti di fratture vertebrali (6%);





-) a questa conclusione la Corte pervenne sulla base di un testo contrattuale ambiguo, che confondeva e sovrapponeva i concetti medico-legali di "lesione" e di "menomazione";

-) tuttavia, dal momento che i suddetti ambigui patti negoziali erano stati predisposti unilateralmente, il giudice aveva il dovere di interpretarli nel senso più favorevole per l'assicurato.

2.1. Il motivo è fondato.

La Corte d'appello doveva stabilire quale fosse, secondo i patti contrattuali, il grado percentuale di invalidità permanente residuo *in corpore* a [REDACTED] dopo l'infortunio.

La Corte d'appello ha accertato *in facto* l'esistenza di postumi gravi di natura neurologica. Tuttavia ha ritenuto che nel caso di specie il grado percentuale di invalidità permanente da porre a base del calcolo dovesse essere il 6%.

Ha motivato tale decisione affermando che si come " *il midollo spinale è avvolto dalla colonna vertebrale, con la conseguenza che le lesioni di quest'ultima interessano, di regola, anche il primo*", il Tribunale aveva " *erroneamente individuato la causa della lesione*", che andava ravvisata non in una contusione midollare, ma nella frattura vertebrale (pp. 10-11 della sentenza impugnata).

La sentenza impugnata, in sostanza, ha ritenuto che ai fini della determinazione dell'indennizzo secondo i patti contrattuali dovesse aversi riguardo non alle conseguenze dell'infortunio, ma alla sua causa.

2.2. Così giudicando, la Corte d'appello ha effettivamente violato l'art. 1370 c.c..

Occorre però ricordare che questa Corte ha affermato, e intende ribadire (Cass. n. 10825 del 05/06/2020; Cass. 668 del 18/01/2016) che nell'interpretare il contratto il giudice non può attribuire a clausole polisensite uno specifico significato, pur teoricamente non





incompatibile con la loro lettera, senza prima ricorrere all'ausilio di tutti gli altri criteri di ermeneutica previsti dagli artt. 1362 e ss. c.c., e, in particolare, a quello dell'interpretazione contro il predisponente, di cui all'art. 1370 c.c..

Ciò posto, rileva questa Corte che la clausola 39, lettera (c), punto 9, del contratto prevedeva come già detto che nel caso di tetraplegia l'indennizzo dovuto *"per la lesione"* fosse aumentato di venti volte. La formulazione di questa clausola - ben lontana dal precetto per cui *"il contratto [di assicurazione] va redatto in modo chiaro ed esauriente"* di cui all'art. 165 cod. ass. - era oggettivamente ambigua, sotto due profili.

2.2.1. Innanzitutto la clausola era ambigua perché prevedeva, al ricorrere delle condizioni ivi previste, l'aumento dell'indennizzo *standard* dovuto *"per la lesione"*.

Questa espressione è ambigua perché sia nel lessico giuridico, sia per la dottrina medico-legale, il lemma *"lesione"* designa il *presupposto*, ma non l'*oggetto*, del giudizio sull'esistenza d'una invalidità permanente.

Sta per volgere ormai il secolo da quando la dottrina medico-legale, sulle orme di quegli che ne è ritenuto il fondatore, viene ripetendo che le basi di accertamento del danno alla salute *"sono costituite dall'evento lesivo, dalla lesione, e dalla menomazione"*.

Col lemma *"lesione"* (*scilicet*, fisica) si designa per convenzione dottrina l'alterazione morfologica funzionale prodotta nei tessuti, in un organo o nelle cellule, da agenti meccanici la cui azione vulnerata è superiore alla resistenza dell'organismo umano.

Col lemma *"menomazione"* si designa invece la disabilità causata dalla lesione, la sola suscettibile di essere quantificata - per convenzione - in punti percentuali.

Se dunque l'indennizzo si valuta in base all'invalidità; e se l'invalidità dipende dalla menomazione e non dalla lesione che ne è la causa, il





dire che a certe condizioni debba essere aumentato l'indennizzo previsto dalla polizza per una certa "lesione" è una metonimia, perché indica la causa (lesione) per l'effetto (menomazione).

2.2.2. In secondo luogo la clausola 39, lettera (c), punto 9 del contratto è ambigua se giusta posta alla descrizione del rischio contenuta nello stesso contratto. Il rischio "infortuni" è infatti descritto dalla clausola 37 del medesimo contratto come le "conseguenze dirette, esclusive ed obiettivamente constatabili dell'infortunio". Mentre, dunque, tale ultima previsione indica quale danno rischio indennizzabile gli effetti dell'infortunio, la clausola cit. parlando di "lesioni" fa apparente riferimento alle cause di esso.

2.3. A quanto espосто consegue che la Corte d'appello ha interpretato il punto (9) dell'art. 39 lettera c) della polizza in senso sfavorevole per l'assicurato, incorrendo in tal modo in violazione dell'art. 1370 c.c., laddove ha affermato che il primo giudice aveva errato nell'individuazione della causa della lesione così errando anche nell'individuazione del criterio di calcolo, pervenendo a un superamento del massimale assicurativo.

Il secondo motivo è, pertanto, accolto in applicazione del seguente principio di diritto:

"Per la dottrina medico legale i concetti di "lesione" e "menomazione" sono tra loro in rapporto di causa ed effetto, e solo il secondo va preso in esame ai fini della valutazione dell'invalidità permanente. Pertanto la clausola inserita in un contratto di assicurazione contro gli infortuni, la quale preveda che in presenza di determinati postumi sia aumentato l'indennizzo-base previsto dal contratto "per la lesione", è di per sé ambigua, e va interpretata ex art. 1370 c.c. in senso sfavorevole all'assicuratore, ovvero avendo riguardo non alla lesione iniziale, ma ai postumi che ne sono derivati".





3. Il terzo motivo denuncia la nullità della sentenza per difetto di motivazione a i sen si d ell'att. 132, p rimo comm a, n. 4 c.p.c. in relazione all'art. 360, primo comma, n. 4 c.p.c. per avere la Corte d'appello ritenuto comunque applicabile il massimale di 80.000,00 euro senza una effettiva motivazione sul punto, in quanto si la Corte d'appello si era limitata ad affermare che in ogni caso il massimale, quali fossero le patologie o le conseguenze de lle lesioni pa tite, dovesse essere applicato.

3.1. Il terzo motivo è assorbito dall'accoglimento del secondo, in quanto al lo ste sso stre ttamente corre lato con rifer imento al superamento de l massimale e all' interpretazione dell a cl ausola contrattuale sopra richiamata.

4. La sentenza impugnata è cassata.

La causa è rinviata, per nuovo accertamento di fatto, alla Corte d'appello di Brescia, in diversa composizione personale, che nell'attenersi a quanto in questa sede stabilito, procederà alla regolazione delle spese di questa fase del giudizio.

P.Q.M.

La Corte accoglie il primo ed il secondo motivo di ricorso; dichiara assorbito il terzo; cassa la sentenza in relazione ai motivi accolti; rinvia la causa alla Corte di appello di Brescia in diversa composizione, cui demanda di provvedere anche sulle spese del giudizio di legittimità.

Così deciso in Roma, nella camera di consiglio della Corte di cassazione, sezione III civile, in data 30 ottobre 2025.

Il Presidente
(Marco Rossetti)

