

N. R.G. 183/2015



**REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

Tribunale di Mantova

PRIMA SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Alessandra Venturini ha pronunciato la seguente

**SENTENZA**

nella causa civile di II Grado iscritta al n. r.g. **183/2015** promossa da:

rappresentato e difeso dall' Avv.to

APPELLANTE

contro

**ASS**

**SPA** rappresentata e difes dall'Avv.to

APPELLATA

**Oggetto: lesioni personali**

**CONCLUSIONI**

Per parte appellante:

“a) in via istruttoria: ammettere tutte le prove richieste dall'attore e capitolate nella memoria 16/6/2012 ai capi 1) – 2) – 3) – 4) – 5).

b) Nel merito: dichiarato responsabile civile del sinistro in premessa descritto, dirsi tenuta e conseguentemente condannarsi assicurazioni Spaal risarcimento di tutti i danni sofferti dall'attore così come quantificati in complessivi € 6.674,90 o nella diversa somma di €



4.900,78 da ritenersi di Giustizia oltre agli interessi e alla rivalutazione monetaria dal di del fatto al saldo per i titoli dedotti.

Spese e competenze professionali di prime e seconde cure interamente rifeuse.”

Per parte appellata:

“Previa declaratoria di infondatezza dell’impugnazione spiegata dall’appellante in accoglimento dell’appello incidentale svolto da Assicurazioni spa ed in parziale riforma dell’impugnata sentenza, dato atto dell’avvenuto versamento ante causam all’attore, sin dal 14/2/2012, dell’importo di € 1.800,00, dirsi detta somma ampiamente soddisfattiva a ristoro dei danni tutti, patrimoniali e non patrimoniali derivatigli a seguito delle lesioni subite in occasione del sinistro di cui è causa e , per l’effetto, rigettarsi come infondata ogni ulteriore pretesa.

In ogni caso: Interamente rifeuse spese e competenze di entrambi i gradi del giudizio.”

### **FATTO**

Con atto di citazione 24.2.2012 conducente della autovettura Citroen C3 targata , assicurata per la R.C.A. con Assicurazioni S.p.A., conveniva avanti l'Ufficio del Giudice di Pace di Mantova, ai sensi dell'art. 149 Cod. Ass.ni, la propria Compagnia per sentirla condannare al risarcimento dei danni dallo stesso subiti a seguito di un sinistro stradale verificatosi in Virgilio (MN), , per esclusivi fatto e colpa di proprietario e conducente della Kia Sportage targata , che aveva omesso di concedergli la dovuta precedenza, urtandolo e determinando l'uscita di strada della propria vettura, capottata nella latistante scarpata.

L’attore allegava di aver subito a causa del sinistro lesioni personali che avevano comportato un periodo di gg. 40 di inabilità temporanea parziale e postumi invalidanti permanenti in misura del 4%, nonché danni patrimoniali indicati in € 2.000,00 per spese sanitarie e viaggi all’ospedale, e in € 1.600,00 per mancato guadagno (€ 40,00 x 40 gg), chiedendo la condanna della convenuta al pagamento della somma di € 6.674,90.



Avanti al Giudice di pace si costituiva la convenuta Assicurazioni S.p.A. la quale, dopo aver premesso di non aver mai contestato il proprio obbligo risarcitorio a favore dell'attore e di avergli in effetti già erogato ante causam, in data 9.2.2012, la somma di € 1.800,00 (pagamento, peraltro, inspiegabilmente non menzionato nell'atto introduttivo), contestava le ulteriori richieste risarcitorie avanzate dal chiedendone il rigetto, essendo ampiamente soddisfatta la somma a questi già versata.

Disposta CTU medico-legale volta ad accertare l'entità del danno alla persona subito dall'attore e rigettate le ulteriori richieste di prova orale, con sentenza n° 249/2014 del 10.6.2014 il Giudice di Pace di Mantova accoglieva in parte la domanda del condannando Assicurazioni S.p.A. al pagamento di € 584,74, quale residuo debito risarcitorio, oltre a rivalutazione monetaria dal 7.06.2013 alla data della sentenza ed interessi legali dalla sentenza al saldo, nonchè alla rifusione delle spese di causa, liquidate in € 654,00 oltre IVA e C.P.A., e del 50% delle spese di CTU liquidate in complessivi € 554,50.

Con atto di citazione notificato il 13.01.2015 Daniele proponeva appello avverso la suddetta sentenza, chiedendo, in totale riforma della stessa, condanna della convenuta appellata al pagamento della somma di € 6.674,90 o della diversa somma ritenuta di giustizia, oltre ad interessi e rivalutazione monetaria dal dì del fatto.

In particolare l'appellante formulava cinque distinti motivi di impugnazione, lamentando: a) che il Giudice di prime cure aveva operato una insufficiente "personalizzazione" del danno non patrimoniale, liquidato comunque con un errato conteggio; b) il mancato riconoscimento di alcune spese mediche e "di viaggio"; c) il mancato rimborso delle spese di consulenza medico legale di parte, effettuata ante causam; d) il mancato riconoscimento del danno patrimoniale da lucro cessante, per mancato guadagno a causa dell'assenza dal lavoro per 40 gg. (circostanza che era stato oggetto di richiesta di prova orale, rigettata dal Giudice di Pace); e) erroneo regolamento delle spese di CTU (suddivise fra le parti nella misura del 50%) e di CTP (rifusione totalmente pretermessa, senza motivazione).



Reiterando preliminarmente le istanze istruttorie già formulate in primo grado, l'appellante concludeva quindi come in epigrafe riportato.

Anche nel presente grado di giudizio si costituiva ritualmente Ass.ni Spa, chiedendo la reiezione della svolta impugnazione, siccome infondata, e proponendo a propria volta appello incidentale contro la medesima sentenza, di cui chiedeva la parziale riforma, quanto al capo con cui era stato riconosciuto al in spregio alla previsione normativa di cui all'art. 139 Cod. Ass.ni, come modificato dalla L. 27/2012, il risarcimento di un danno biologico permanente e conseguentemente riconosciuto l'importo (ulteriore rispetto alle somme già erogategli ante causam) liquidato in sentenza.

La convenuta appellata concludeva pertanto chiedendo il rigetto dell'appello principale, e, in accoglimento dell'impugnazione incidentale, che venisse dichiarato soddisfacitivo l'importo di € 1.800,00 corrisposto al prima del giudizio, sin dal 14.2.2012, con rigetto di ogni sua ulteriore pretesa risarcitoria.

## DIRITTO

I motivi di impugnazione della sentenza di primo grado, rispettivamente proposti dalle parti, verranno di seguito esaminati secondo un ordine logico-giuridico.

Con la sentenza impugnata il Giudice di pace, sulla base delle conclusioni della perizia medico legale disposta, ha riconosciuto la sussistenza, in capo all'attore, di un danno alla persona comportante una invalidità temporanea totale di gg. 5, una invalidità temporanea parziale di gg. 10 al 50% e una invalidità temporanea parziale di gg. 15 al 25% e un danno biologico (postumi permanenti) del 2%, quale conseguenza delle lesioni riportate a causa del sinistro stradale dedotto in lite ("distorsione del rachide cervicale e distrazione lombare nonché contusioni multiple alla regione sternale, spalla sin. e polso destro", v. perizia CTU prof. Luigi Magnani).

Parte convenuta appellata sia in primo grado che in questa sede ha contestato il riconoscimento, in capo all'attore, di un danno biologico permanente, non essendo stato detto danno oggetto di accertamento obiettivo e strumentale (essendo tutti silenti e negativi gli esami radiologici effettuati dal



Nell'impugnare la sentenza del Giudice di Pace sul punto ha lamentato che lo stesso sarebbe incorso in un'interpretazione "contra legem" dell'art. 139 Cod. ass. come novellato.

In particolare la convenuta ha allegato che il Giudice di prime cure, dopo aver brevemente fatto cenno alla vigente normativa, come introdotta e modificata dalla L. 27/2012, dimostrando di non sconoscere la sostanziale diversità dei "requisiti" attualmente pretesi dal legislatore ai fini della concreta risarcibilità del danno biologico, rispettivamente temporaneo o permanente (ovvero sufficienza anche del semplice riscontro visivo quanto al primo; necessità invece dell'ulteriore riscontro clinico strumentale obiettivo della menomazione quanto al secondo) l'ha poi clamorosamente ignorata, fraintesa e disattesa, affermando che il mero "intervento del medico legale attestante la patologia sia temporanea che permanente serve a superare l'apparente ostacolo posto dalla novellazione della norma", e riconoscendo nella fattispecie, pur in conclamata assenza del minimo riscontro obiettivo e strumentale, il ristoro di due punti di invalidità permanente al danneggiato (liquidati in € 1.474,24), per di più, nuovamente cadendo in errore, maggiorando del 10% la liquidazione a titolo di una "personalizzazione del danno", della quale pure non ricorrono i presupposti.

Il Giudice di Pace, premesso che nel caso, effettuato esame obiettivo, il CTU aveva testualmente riportato nell'elaborato "Rachide cervicale in asse, con evidente contrattura dei muscoli paravertebrali e punti dolorosi paracervicali. Spinalgia percussoria medio inferiore: Motilità limitata in flessione e rotazione a sin. al grado estremo. I movimenti passivi evocano algie. Rachide LS: lieve riduzione della motilità flessoria. La visione delle RX conferma quanto repertato in atti." (sottolineato in sentenza), ha ritenuto di dover desumere da tali rilievi che "la patologia riscontrata derivi da un accertamento clinico strumentale ed anche obiettivo; riscontro che non è risultato distante da quello effettuato dal Ctp della convenuta, ma anche di due punti inferiore a quello indicato dal Ctp dell'attore", affermando quindi, per tali motivi, che le conclusioni "a cui è pervenuto il CTU possono essere fatte proprie dal giudicante" (pag. 5 e 6 sentenza impugnata).

Da tale motivazione sembrerebbe quindi che nel caso l'esistenza di un danno biologico permanente in capo all'attore sia stata accertata dal CTU sulla base di un riscontro "clinico



obiettivo strumentale”, motivazione che risulta però contraddittoria con gli stessi chiarimenti forniti dal CTU e con quanto poco prima riportato in sentenza dallo stesso Giudice.

Gli unici accertamenti “strumentali” eseguiti nel caso ed esaminati dal CTU sono costituiti da radiografie, dalle quali si evince solo l’assenza di fratture.

Il Giudice di pace, esaminati i presupposti richiesti dal secondo comma dell’art. 139 Cod. ass., come modificato dalla l. n. 27/12, per il risarcimento del danno biologico permanente, prima di giungere alle conclusioni sopra riportate, ha rilevato che “Tuttavia nel campo del trauma cervicale, come viene anche sottolineato dal CTU, la lesione può essere obiettivabile da una contrattura della muscolatura paravertebrale, da presenza di dolore e limitazione della motilità del collo etc, e senza bisogno di una dimostrazione strumentale e cioè attraverso apprezzamento visivo per mezzo della diagnostica tradizionale della ispezione, palpazione etc.”, affermando quindi che “Di conseguenza l’intervento del medico legale attestante la patologia sia temporanea che permanente serve a superare l’apparente ostacolo posto dalla novellazione della norma.”

Sulla base della lettura dell’articolata motivazione in punto da parte del Giudice di prime cure deve quindi in realtà ritenersi che il giudicante abbia ritenuto integrato, nella fattispecie, un accertamento medico legale clinico obiettivo, sufficiente anche in assenza di diagnostica strumentale, al fine di affermare l’esistenza di postumi permanenti risarcibili.

L’affermazione della convenuta secondo la quale il Giudice di primo grado avrebbe riconosciuto l’esistenza di un’invalidità permanente in assenza di qualsiasi riscontro obiettivo è quindi infondata, mentre è fondata la doglianza relativa all’assenza, in fatto (come risulta dalla CTU) di riscontri diagnostici “strumentali”.

L’unica questione che qui si pone è quindi se un simile accertamento si renda o meno necessario, in aggiunta ad un accertamento che si fondi unicamente su un metodo clinico e riscontri comunque obiettivi, al fine del richiesto risarcimento del danno da invalidità permanente, e in particolare come debba interpretarsi l’attuale dettato normativo in materia, dato dal combinato disposto dell’art. 139, comma 2, ultimo periodo, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come modificato dall’art. 32, comma 3-ter del decreto legge 24 gennaio 2012, n. 1 (Disposizioni



urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività), convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27, e dell'art. 32, comma 3-quater, dello stesso decreto-legge n.1 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 27 del 2012, norme che stabiliscono, rispettivamente, (la prima) che “In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente” e (la seconda) che “Il danno alla persona per lesioni di lieve entità .... è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione”.

Sin dalla sua emanazione tale articolato disposto normativo, la cui formulazione è indubbiamente poco chiara, ha dato luogo, sia in giurisprudenza che in dottrina, ad interpretazioni contrastanti.

La tesi qui riproposta dalla società assicuratrice, secondo la quale le lesioni di lieve entità possono dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente, secondo il metodo tabellare di cui all'art. 139 Cod. ass., solo qualora accertate strumentalmente, mentre l'invalidità temporanea può essere riconosciuta qualora la lesione sia accertata anche solo “visivamente”, è supportata dall'interpretazione data dalla Corte Costituzionale al nuovo testo dell'art. 139 citato.

Con sentenza n. 235/14 è stata dichiarata infondata la questione di legittimità della norma, sottoposta al vaglio della Corte in ragione della rigidità degli importi tabellari di liquidazione del danno biologico e della non prevista risarcibilità anche dell'eventuale danno morale, comportanti, secondo quanto ritenuto dai giudici rimettenti, una ingiustificata disparità di trattamento, in presenza di identiche lievi lesioni, tra le vittime di incidenti stradali e soggetti che quelle lesioni abbiano riportato per altra causa.

La Corte ha escluso l'illegittimità costituzionale del meccanismo tabellare di risarcimento del danno biologico disciplinato dall'art. 139 Cod. ass., ritenendo che la norma operi un ragionevole bilanciamento tra i contrapposti interessi dati dall'interesse risarcitorio particolare del danneggiato e l'interesse, generale e sociale, degli assicurati ad avere un livello accettabile e sostenibile dei premi assicurativi (“in un sistema, come quello vigente, di responsabilità civile per la circolazione dei veicoli obbligatoriamente assicurata, in cui le compagnie assicuratrici,



concorrendo ex lege al Fondo di garanzia per le vittime della strada, perseguono anche fini solidaristici”), e che la stessa peraltro già consente al giudice di personalizzare l’importo risarcitorio determinato con meccanismo standard di quantificazione, in considerazione delle condizioni soggettive del danneggiato.

Nell’esaminare il testo della norma impugnata la Corte ha dato atto dell’intervenuta modifica legislativa, incidente non sulla sussistenza del diritto, ma sul momento successivo del suo accertamento, rilevando come la stessa comporti “la necessità di un “accertamento clinico strumentale” (di un referto di diagnostica, cioè per immagini) per la risarcibilità del danno biologico permanente” e “la possibilità anche di un mero riscontro visivo, da parte del medico legale, per la risarcibilità del danno da invalidità temporanea”.

Con successiva ordinanza n. 242/15 la Corte ha dichiarato del pari manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale del combinato disposto dell’art. 139, comma 2, ultimo periodo, Cod. Ass e dell’art. 32 comma 3-quater del d.l. n.1/2012, convertito in l. n. 27/12, sollevata in riferimento agli artt. 3, 24 e 32 della Costituzione, nella parte in cui la novella legislativa escluderebbe la risarcibilità dei danni che non possono essere oggetto di riscontri diagnostici strumentali, richiamando la sentenza sopra riportata e rilevando come con detta pronuncia fosse stato già “escluso che la “necessità” del riscontro strumentale sia riferibile al danno temporaneo (che, ai sensi del comma 3-quater del citato art. 32 del d.l. n. 1 del 2012, come convertito dalla l. n. 27 del 2012, può quindi, essere anche solo «visivamente», appunto, accertato, sulla base di dati conseguenti al rilievo medico-legale rispondente ad una corretta metodologia sanitaria)” e, “per altro verso, ritenuto non censurabile la prescrizione della (ulteriore e necessaria) diagnostica strumentale ai fini della ricollegabilità di un danno “permanente” alle microlesioni di che trattasi; ... in relazione a tale seconda tipologia di danno, la limitazione imposta al correlativo accertamento (che sarebbe altrimenti sottoposto ad una discrezionalità eccessiva, con rischio di estensione a postumi invalidanti inesistenti o enfatizzati) è stata, infatti, già ritenuta rispondente a criteri di ragionevolezza”.

Questo Giudice ritiene che tale, pur autorevolissima, interpretazione non possa essere condivisa, essendo peraltro fondata su una distinzione, quanto alle modalità di accertamento del danno da



postumi permanenti e danno da invalidità temporanea che non ha riscontro nel combinato disposto normativo e, quanto a quest'ultimo, del tutto avulso dalla reale metodica di accertamento medico-legale.

Il comma 3-quater dell'art. 32 d.l. n.1/2012, convertito in l. n. 27/12, non disciplina l'accertamento dell'invalidità temporanea (ossia lo stato temporaneo di malattia o invalidità conseguente alle lesione), che, come noto, viene determinato sulla base di certificazioni mediche, cartelle cliniche, referti di esami diagnostici, ecc, e ritenuto sussistente qualora con criteri medico-legali di giudizio l'inabilità (impossibilità temporanea di esplicare le attività della vita quotidiana) sia riconducibile sotto il profilo causale ad una lesione dell'integrità psico-fisica, e che mai potrebbe essere accertato ex post "visivamente" o "strumentalmente" essendo, per definizione, un danno già cessato nel momento dell'accertamento medico-legale.

La norma richiamata disciplina invece espressamente l'accertamento del "danno alla persona", concetto molto più ampio, rientrante nella nozione del danno non patrimoniale, come ricostruita dall'ormai storico insegnamento della Suprema Corte (Cass. Civ. Sezioni Unite dell'11.11.2008 nn. 26972, 26973, 26974 e 26975), secondo il quale lo stesso è costituito dalla "lesione di interessi inerenti la persona non connotati da rilevanza economica", e in cui rientrano, come categorie descrittive, il danno biologico permanente, il danno da inabilità temporanea e il c.d. danno morale.

L'art. 32 comma 3-quater deve quindi leggersi come norma che ricomprende e ulteriormente specifica i criteri di risarcibilità del danno per lesioni di lieve entità, enunciati dal precedente comma 3 ter ed inseriti nel testo dell'art. 139 Cod. Ass.

In tal senso, come statuito in una recente pronuncia della Suprema Corte, "il citato comma 3-quater dell'art. 32, così come il precedente comma 3-ter, sono da leggere in correlazione alla necessità (da sempre viva in siffatto specifico ambito risarcitorio), predicata dagli artt. 138 e 139 cod. ass. (che a tal riguardo hanno già recepito quanto già presente nel diritto vivente") che il danno biologico sia "suscettibile di accertamento medico-legale" esplicando entrambe le norme (senza differenze sostanziali tra loro) i criteri scientifici di accertamento e valutazione del danno



biologico tipici della medicina legale (ossia il visivo-clinico-strumentale, non gerarchicamente ordinati tra loro, né unitariamente intesi, ma da utilizzarsi secondo le *leges artis*) siccome conducente ad una “obiettività” dell’accertamento stesso, che riguardi sia le lesioni, che i relativi postumi (se esistenti)” (v. Cass. Civ. n. 18773/16).

Sulla base di tali principi e fermo restando che l’evidente scopo del legislatore del 2012 è stato quello di escludere, come rilevato dal Giudice di pace nella sentenza impugnata, “che le semplici dichiarazioni della vittima di incidente stradale, che lamenti sintomi dolorosi non riscontrabili obiettivamente in una patologia clinica, possano portare alla liquidazione del danno biologico” e comunque di escludere il pericolo che possano essere risarciti “postumi invalidanti inesistenti o enfatizzati”, deve quindi concludersi affermando che detta risarcibilità non può ritenersi condizionata all’esclusivo accertamento strumentale (diagnostica per immagini), ma bensì ad un rigoroso accertamento fondato su riscontri obiettivi, considerati tali secondo i criteri medico legali di giudizio e quindi in presenza di sintomi rilevabili sia strumentalmente, sia visivamente, sia secondo il metodo clinico utilizzabile nel caso concreto.

Va infatti considerato che non tutte le patologie o le lesioni dell’integrità psico-fisica sono accertabili strumentalmente (basti pensare al danno estetico, per definizione danno permanente accertabile “visivamente”, o al danno psichico o, ancora, a postumi causalmente riconducibili secondo riconosciuto metodo diagnostico ad una accertata lesione, la cui indagine strumentale richiederebbe esami complessi o invasivi o del tutto superflui, come una lesione nervosa, ecc.), ma, come rilevato nel caso in esame dal Giudice di pace, la loro sussistenza può ritenersi comunque dimostrata, secondo criteri scientifici, sulla base di riscontri oggettivi (contrattura muscolare, limitazione della motilità) per mezzo della diagnostica tradizionale della ispezione, palpazione, ecc.

A conclusione di tale necessaria lunga premessa l’appello incidentale proposto sotto tale profilo dalla convenuta deve quindi essere rigettato, confermandosi in merito la valutazione del giudice di prime cure, che ha affermato la sussistenza del danno biologico permanente, essendo stato lo stesso accertato dal CTU incaricato, secondo criteri diagnostici medico-legali, sulla base di riscontri oggettivi, anche se non per mezzo di metodo strumentale, metodo non indispensabile,



ma concorrente con gli ulteriori criteri di valutazione ed accertamento di cui all'art. 139 Cod. ass. e art. 32 comma 3-quater d.l. n. 1/2012.

E' invece fondata la censura, avanzata da entrambe le parti, relativa alla liquidazione del danno effettuata dal Giudice di pace.

Accertata l'esistenza di postumi permanenti comportanti una invalidità quantificata nel 2% e una inabilità temporanea permanente di gg. 5 al 75%, di gg. 10 al 50% e di gg. 15 al 25%, il Giudice di pace ha liquidato il danno non patrimoniale relativo applicando i parametri di legge "nella misura aggiornata dal Decreto del Ministero delle Attività produttive emanato in data 6/6/2013", quantificato quindi in complessivi € 2.094,74 (€ 1.472,24 per il danno biologico permanente ed € 46,20 al giorno per ogni giorno di ITT e ITP, in proporzione alla percentuale di inabilità), aumentato del 10% (€ 205,00) a titolo di "personalizzazione" ("in considerazione del dolore e spavento patiti dal                      oltre a rivalutazione "dal 7/6/2013" alla data della sentenza (7.06.2014).

Riconosciuti, quale danno patrimoniale, esborsi per spese mediche per complessivi € 130,00, ha detratto dal totale di € 2.254,74 la somma di € 1.800,00, "già versati da                      e quindi condannato quest'ultima al pagamento della somma residua di € 584,74, oltre rivalutazione monetaria dal 7/6/2013 alla data della sentenza e interessi legali dalla sentenza al saldo effettivo.

Il Giudice di pace ha errato sia nella quantificazione del danno all'attualità (non comprendente gli interessi compensativi), sia nello scomputare l'acconto già versato all'attore dalla convenuta, sia nel riconoscere la rivalutazione monetaria dal 7/6/2013 sulla differenza fra il danno liquidato e detto acconto.

Prima di procedere al ricalcolo occorre esaminare gli ulteriori motivi di appello.

E' corretta e deve essere accolta la censura avanzata da parte convenuta quanto alla "personalizzazione" del danno operata dal giudice di pace.

Come più volte ribadito dalla Suprema Corte le circostanze di fatto che giustificano la personalizzazione del danno alla persona "integrano un fatto costitutivo della pretesa, sicchè



devono essere allegate in modo circostanziato già nell'atto introduttivo del giudizio e non possono risolversi in mere enunciazioni generiche, astratte od ipotetiche" (v. Cass. Civ. n. 24471/14).

Nel caso non solo l'attore non aveva allegato alcuna circostanza a giustificazione di una eventuale personalizzazione (come peraltro anche in questa sede, pur avendone richiesto l'aumento), ma non aveva neppure avanzato alcuna domanda in tal senso.

Detta personalizzazione non poteva pertanto essere liquidata dal giudice di primo grado.

Vanno rigettati gli ulteriori motivi di appello proposti dall'attore in relazione al mancato riconoscimento dell'importo di € 2.000,00 richiesto in atto di citazione di primo grado per "ticket, viaggi all'ospedale e cure fisioterapiche".

A fronte della spese mediche documentate correttamente il Giudice di pace ha ritenuto causalmente riconducibili al sinistro dedotto in lite la sola spesa di € 130,00, per visita specialistica ortopedica, come da fatture rilasciata dall'Azienda ospedaliera Carlo Poma di Mantova, essendo le ulteriori ricevute dimesse dall'attore relative a accertamenti cardiologici per le quali il CTU ha escluso che sussista rapporto con il trauma subito; conseguentemente nessun danno può essere riconosciuto in capo all'attore per i relativi esborsi e "viaggi dall'abitazione di Marcaria all'ospedale di Pieve di Coriano".

Devono invece essere rimborsate al \_\_\_\_\_ in accoglimento del motivo di appello proposto in merito, le spese, comprese nell'importo sopra indicato, pari ad euro 484,00 sostenute per consulenza medico legale redatta da perito di parte in data 14.11.11, trattandosi di spesa riconducibile, sotto il profilo causale, al sinistro dedotto in lite, e necessaria sia per valutare la congruità del risarcimento offerto ante litem che per proporre, come avvenuto, eventuale giudizio.

A nulla rileva, come invece motivato dal giudice di pace per rigettare la domanda, che la visita del perito assicurativo sia avvenuta in data 16.12.2011 "tempo tecnico accettabile", non assolvendo all'evidenza la perizia assicurativa allo stesso scopo di una consulenza nell'interesse del danneggiato.



La sentenza di primo grado va confermata in ordine al rigetto della domanda avanzata dall'attore, e qui riproposta, di risarcimento del danno patrimoniale da mancato guadagno, quantificato in € 1.600,00, per non avere lo stesso, secondo quanto allegato, svolto l'attività lavorativa di collaboratore familiare per gg. 40.

In primo grado l'attore ha prodotto unicamente dichiarazione dei redditi 2011 e chiesto di provare per testi l'assenza dal lavoro per gg. 40 e il mancato pagamento, da parte dell'impresa familiare, per tale periodo dell'importo richiesto.

Il Giudice di pace ha rigettato le richieste di prove orali avanzate dall'attore, vertenti anche su altri fatti, in quanto "attinenti a questioni da provare documentalmente peraltro già presenti in atti".

Il danno patrimoniale non può fondarsi su presunzioni, trattandosi di danno che deve essere positivamente dimostrato sia nell'an che nel quantum.

Nel caso il sinistro stradale è avvenuto il 15.09.2011 e l'attore ha dimesso unicamente dichiarazione dei redditi relativa all'anno d'imposta 2010, dalla quale risulta un reddito complessivo di € 5.360,00, senza produrre dichiarazione dei redditi relativa all'anno d'imposta 2011 o altra documentazione attestante gli emolumenti percepiti in tale anno e quindi la relativa perdita di guadagno.

Il danno lamentato è stato correttamente ritenuto dal Giudice di pace quale fatto da provarsi documentalmente e quindi, in sentenza, danno non dimostrato dall'attore.

Ciò premesso, quanto alla liquidazione del danno complessivo accertato come sussistente in capo all'appellante, va qui rilevato che trattandosi di risarcimento da illecito extracontrattuale e quindi di debito di valore, il ritardato adempimento dell'obbligo di risarcimento del danno (obbligo rispetto al quale il debitore è in mora ex re dal giorno dell'illecito, ex art. 1219 c.c.), impone al debitore: a) di pagare al creditore l'equivalente monetario del bene perduto, espresso in moneta dell'epoca della liquidazione, il che si ottiene con la rivalutazione monetaria del credito, se determinato alla data dell'insorgenza del danno, o mediante diretta liquidazione in moneta attuale; b) di pagare al creditore il lucro cessante finanziario, ovvero i frutti che il denaro



dovutogli a titolo di risarcimento sin dal giorno del sinistro avrebbe prodotto, in caso di tempestivo pagamento, c.d. interessi compensativi (da liquidarsi d'ufficio dal giudice, quale componente del danno risarcibile) che devono calcolarsi sul credito rivalutato anno per anno (Cass. SS.UU. n. 1712/95).

Nel caso il Giudice di pace ha liquidato il danno all'attualità, applicando il DM in vigore alla data della decisione e non gli importi tabellari vigenti al momento del sinistro, per cui alcuna ulteriore rivalutazione era dovuta, con decorrenza dalla data di emissione del suddetto DM.

Nulla ha però riconosciuto a titolo di interessi compensativi, che devono quindi essere qui liquidati e che si ritiene debbano determinarsi in misura pari a quella degli interessi legali (misura idonea a compensare il danno da ritardato adempimento, tenuto conto della normale redditività del denaro nel periodo intercorso dalla data del sinistro), secondo i criteri dettati dalla Suprema Corte.

Il giudice di prime cure non ha inoltre operato correttamente lo scomputo della somma di € 1.800,00, corrisposta dalla convenuta in data 14.02.2012, detraendo semplicemente il relativo importo dal totale complessivo del credito risarcitorio, liquidato all'attualità.

Circa le modalità con le quali scomputare eventuali acconti, al fine di determinare l'entità del credito residuo all'attualità, la Suprema Corte ha indicato vari metodi, che devono tutti assicurare il ristoro dell'effettivo danno da mora e rendere omogenei credito risarcitorio ed acconto (devalutandoli entrambi alla data dell'illecito o rivalutandoli entrambi alla data della liquidazione).

Ritiene questo giudice che, fra i metodi ritenuti legittimi, debba applicarsi quello che, al fine di rendere omogenei credito risarcitorio e pagamento intervenuto prima della sua liquidazione, prevede la devalutazione di entrambi alla data del sinistro, e il calcolo del danno da ritardato pagamento sull'intero credito risarcitorio rivalutato anno per anno dalla data del sinistro sino alla data del pagamento e sul residuo rivalutato anno per anno da tale data all'attualità, metodo che consente di replicare più fedelmente quale sarebbe stata la fecondità del denaro nelle mani del creditore, se vi fosse stato tempestivo adempimento (v. in tal senso Cass. Civ. n. 6347/2014).



Il danno complessivo subito dall'attore alla data del sinistro 15.09.2011 era pari ad € 2.635,95 (€ 2.021,95 per danno non patrimoniale, devalutato a tale data l'importo di € 2.094,74 liquidato all'attualità dal giudice di pace e quindi alla data della sentenza, 7.06.2014, € 130,00 per spese mediche ed € 484,00 per spese di consulenza medico legale), l'acconto devalutato alla stessa data era pari ad € 1.780,42; con un residuo ancora dovuto di € 855,33.

Alla data odierna di liquidazione del danno spetta altresì all'attore il danno da ritardato adempimento, da calcolarsi come sopra indicato, e pari a complessivi € 108,10 ( € 20,03 interessi legali sull'intero capitale annualmente rivalutato dal 15.09.2011 alla data del 14.02.2012: € 86,07 interessi legali sull'importo capitale residuo e rivalutazione annuale dal 14.02.2012 alla data della presente decisione).

Da quanto accertato consegue quindi che alla data odierna spetta all'attore, a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale subito, l'importo complessivo di € 963,43.

In tali limiti l'appello risulta fondato.

Da ultimo deve rigettarsi il motivo di impugnazione relativo alla imputazione delle spese di CTU, poste dal Giudice di prime cure a carico di entrambe le parti nella misura del 50% ciascuna (avendo condannato a rifondere all'attore il 50% delle spese a tale titolo anticipate) e al mancato riconoscimento delle spese di CTP all'attore, trattandosi di imputazione di spesa assolutamente congrua, in considerazione della soccombenza reciproca in merito all'accertamento oggetto di CTU, rispetto alle rispettive pretese.

La parziale soccombenza delle parti nel presente giudizio di impugnazione giustifica la integrale compensazione delle spese di lite rispettivamente sostenute.

### **PQM**

Il Tribunale di Mantova, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, ogni contraria istanza, deduzione ed eccezione disattesa, così giudica:

accoglie parzialmente l'appello proposto e conseguentemente, in parziale riforma della sentenza 249/14, emessa dal Giudice di Pace di Mantova in data 7-10.06.2014, dichiara tenuta e condanna



Assicurazioni spa al pagamento, in favore dell'attore, per le causali di cui in motivazione, dell'importo residuo ancora dovuto a titolo di risarcimento dei danni dallo stesso subiti, pari ad € 963,43.

Rigetta tutti gli ulteriori motivi di appello rispettivamente proposti dalle parti.

Dichiara compensate fra le parti le spese di lite rispettivamente sostenute.

Mantova, 09/06/2017

Il Giudice  
dott. Alessandra Venturini

IL CASO.it

