



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE DI MODENA

Prima sezione civile

In composizione monocratica nella persona del Giudice dott. Ester Russo  
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nel procedimento R.G. n. 436/2014 instaurato da

UJKAJ SPARTAK

avv. Maurizio Zanolì e avv. Giulia Zanolì

Nei confronti di

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.P.A.

già MILANO ASSICURAZIONI S.P.A. nella sua qualità di mandataria ex  
art. 77 c.p.c. della SOCIETA' REALE MUTUA ASSICURAZIONI

avv. Marco Barbini

e nei confronti di

RAGAZZI MIRCO contumace

Conclusioni di parte appellante:

in via preliminare sospendere ai sensi dell'art. 283 c.p.c. l'efficacia



esecutiva della sentenza impugnata per la presenza dei gravissimi vizi dedotti, che, in accoglimento del I motivo d'appello, ne comportano la nullità per violazione insanabile delle norme procedurali e in aperta violazione dei diritti difensivi delle parti in ordine all'ammissione delle prove ed alla precisazione delle conclusioni (c.d. provvedimento abnorme), per tacere del fatto che, in forza dei motivi II, V e VI di appello, la stessa sentenza impugnata liquida, in aperta violazione degli artt. 112 e 91 c.p.c., le spese a favore di un soggetto non costituito, definito tra l'altro erroneamente come difeso dall'Avv. Marco Barbini, in realtà Dominus di Milano Assicurazioni (vedere frontespizio della sentenza stessa);

nel merito in via principale, ed in riforma totale della sentenza impugnata, in accoglimento dei motivi I e II di appello, estromettere Milano Assicurazioni per i motivi già esposti nella memoria 19.9.2013, motivi da intendersi qui integralmente ritrascritti; dichiarare la contumacia di Reale Mutua assicurazioni e del Signor Ragazzi Mirco, anche in questo grado, ed ammettere nel rito Ctu medico legale, e, in accoglimento del III motivo d'appello, porre la mancata contestazione dell'an debeatur a fondamento del relativo giudizio in forza dell'art. 115 I co. ultima parte cpc, ben diversamente da quanto valutato dal giudice di prime cure, con vittoria di spese e compenso di entrambi i gradi per i quali ci si dichiara antistatari, ed accogliere infine le medesime conclusioni del primo grado come segue:

premesso che l'Attore ha subito danni che possono quantificarsi nella complessiva somma di €. 5.384,00 (di cui €. 2.104,64 in relazione alla evidenziata lesione permanente della propria integrità fisica; euro 940,95 per inabilità temporanea totale e parziale biologica, rispettivamente per giorni 1 e 47 (7,20 e 20 rispettivamente al 75, 50 e 25%); euro 900,00 per danno non patrimoniale sotto l'aspetto morale, o come meglio descritto in premesse; euro 330,00 per spese mediche e del medico legale di parte di



euro 1.258,41 quanto a spese per l'assistenza legale stragiudiziale giusti accordi 10.3.2012); che l'Attore agisce limitando la propria domanda alla somma di euro 5.200,00, oltre ad interessi dalla domanda al saldo; tutto quanto sopra premesso, piaccia all'Ecc.mo Giudice condannare l'assicuratore con azione diretta al risarcimento della suesposta somma, oltre ad interessi dalla data del sinistro al saldo effettivo;

nel merito in via subordinata, anche ove il giudice dell'appello dovesse condividere, inopinatamente secondo la critica dedotta in primo grado e qui ribadita, la valutazione del giudice di prime cure in ordine alla corretta costituzione del contraddittorio con Milano assicurazioni, quale sostituta processuale di Reale Mutua Assicurazioni, decidere in ordine alla rilevanza ed ammissibilità delle prove dedotte dalle parti (IV motivo d'appello), prove in ordine alle quali si veda la conclusione nel processo, come da memoria istruttoria Milano e controprova richiesta dall'attore in seno all'udienza del 19.9.2013, o, in caso di ritenuta irrilevanza o inammissibilità, ammettere Ctu medico legale, ancora una volta ponendo la mancata contestazione in ordine all'an debeatur a fondamento del relativo giudizio, accogliere le conclusioni sopra esposte e con vittoria di spese e compenso di entrambi i gradi, per il quale ci si dichiara antistatari;

nel merito ed in via ulteriormente subordinata, anche ove il giudice dell'appello, come si diceva appena sopra, dovesse condividere, inopinatamente secondo la critica dedotta in primo grado e qui ribadita, la valutazione del giudice di prime cure in ordine alla corretta costituzione del contraddittorio con Milano assicurazioni, quale sostituta processuale di Reale Mutua assicurazioni, una volta ammesse ed assunte le prove dedotte dalle parti (IV motivo d'appello), come da memoria istruttoria Milano e controprova richiesta dall'attore, ove il fatto dedotto da Milano assicurazioni fosse provato, contrariamente a quanto l'attore ha sempre



ribadito, dichiarare la domanda attorea semplicemente improcedibile, con compensazione delle spese di entrambi i gradi, in considerazione dei vizi del procedimento di primo grado e della particolare situazione giuridica dell'appellante, costretto ad impugnare la sentenza, visto il comportamento della controparte che non ha voluto accettare di disporre nuova visita medico legale, essendo illecita e priva di buona fede la mancata collaborazione, ovvero a rinunciare contra legem al proprio diritto risarcitorio”.

Conclusioni di parte appellata:

Ogni contraria istanza, eccezione, deduzione disattesa in via preliminare e pregiudiziale: accertare e dichiarare la legittimità/ammissibilità della costituzione/intervento di UnipolSai Assicurazioni s.p.a., già Milano Assicurazioni s.p.a., quale mandataria ex art. 77 c.p.c. di Reale Mutua Assicurazioni per tutte le motivazioni esposte nella parte motiva e, per l'effetto, respingere la domanda di estromissione formulata dall'appellante. Si chiede, altresì, di respingere la domanda di dichiarazione di contumacia ex adverso svolta in grado di appello;

nel merito, in via principale: confermare integralmente la sentenza di primo grado n. 125/2013, R.G. 13/C/2013 emessa dal Giudice di Pace di Pavullo nel Frignano il 22.11.2011, depositata il 28.11.2013 e/o accertare e dichiarare, comunque, l'improcedibilità/inammissibilità della domanda giudiziale, non essendo decorsi i termini di legge che avrebbero permesso di adire l'Autorità Giudiziaria e respingere l'appello proposto da Ujkaj Spartak perché illegittimo, infondato e non provato sia in fatto che in diritto;

sempre in via principale: nella denegata e non creduta ipotesi di riforma, anche solo parziale, della sentenza impugnata, si chiede che vengano



accertati i reali danni fisici riportati da Ujkaj Spartak in occasione del sinistro stradale per cui è causa, già al netto delle prestazioni previdenziali erogate all'appellante dall'INAIL;

e, per l'effetto, ancora in via principale: si chiede che le eventuali somme che dovessero essere ulteriormente riconosciute a Ujkaj Spartak vengano poste a carico di UnipolSai Assicurazioni s.p.a., già Milano Assicurazioni s.p.a., quale mandataria ex art. 77 c.p.c. di Società Reale Mutua di Assicurazioni, ferma la successiva regolazione tra le due compagnie coinvolte.

Con vittoria di spese, competenze ed onorari di entrambi i gradi di giudizio.

#### SVOLGIMENTO DEL GIUDIZIO E MOTIVI DELLA DECISIONE

Con atto di citazione notificato in data 8.5.2014, Ujkaj Spartak proponeva appello avverso la sentenza n. 125/13 resa in data 22.11.2013 dal Giudice di Pace di Pavullo nel Frignano all'esito del procedimento di primo grado iscritto al n. 13/C/2013 R.G., chiedendone la riforma.

Si costituiva Milano Assicurazioni S.p.a. nella sua qualità di mandataria ex art. 77 c.p.c. della Società Reale Mutua Assicurazioni chiedendo il rigetto dell'appello e la conferma della impugnata sentenza.

Ragazzi Mirco, già contumace in primo grado, non si costituiva nel presente procedimento.

A seguito dell'espletamento di attività istruttoria, e segnatamente di perizia medico-legale, all'udienza in data 10.1.2018 le parti precisavano le conclusioni come da epigrafe.

Il Giudice tratteneva la controversia in decisione concedendo termini per il deposito di memorie conclusionali e di replica.



Risulta dagli atti processuali che alle ore 10,55 del 6.3.2011, il veicolo con targa CK950EB condotto da D'Indio Carlo, su cui viaggiava in qualità di trasportato l'Ujkaj, di proprietà di Gamma Trasporti di Manfredini e c. s.n.c., società datrice di lavoro dei predetti, mentre stazionava fermo in colonna in località Madonna del Baldaccino, nel comprensorio di Pavullo nel Frignano in condizioni di traffico rallentato per la presenza di neve, sia stato tamponato dalla vettura targata DX817BX condotta da Ragazzi Mirco e regolarmente assicurata con Società Reale Mutua Assicurazioni, e spinto in avanti fino a collidere con altra vettura incolonnata condotta da Di Felice Giuseppe che a sua volta per l'urto attingeva il paraurti posteriore dell'auto condotta da Zanotti Stefania, anch'essa ferma in colonna.

Risulta che il personale della Polstrada intervenuto abbia elevato contravvenzione al Ragazzi per mancato rispetto della distanza di sicurezza e per non aver adeguato la velocità alle condizioni stradali critiche e in assenza di gomme da neve.

Tali risultanze appaiono comprovate sulla scorta dell'informativa in atti e non contestate, discutendosi in questo giudizio, esclusivamente di questioni preliminari e del quantum debeatur.

Quanto alla questione pregiudiziale fatta valere nell'interesse dell'appellante ad avere ad oggetto l'invocato difetto di legittimazione di Unipolsai a costituirsi nel presente giudizio quale mandataria ex art. 77 c.p.c. di Società Reale Mutua Assicurazioni, si osserva:

la legittimazione alla costituzione nel presente giudizio di Unipolsai, trae fondamento dalla Convenzione CARD (il cui relativo acronimo sta ad indicare "Convenzione tra Assicuratori per il Risarcimento Diretto") prevista in attuazione dell'art. 13 del Decreto del Presidente della Repubblica del 18 luglio 2006, n. 254, a cui risulta abbiano aderito sia



Reale Mutua, che UnipolSai.

Ciò, secondo il condivisibile orientamento espresso dalla Suprema Corte con la sentenza 11.10.2016, n. 20408 che, risolvendo i contrasti giurisprudenziali insorti, ha stabilito che l'assicurazione del danneggiato può costituirsi sia in proprio, sia quale mandataria dell'assicurazione del danneggiante qualora le assicurazioni si siano rilasciate reciproco e irrevocabile mandato ex art. 77 c.p.c. affinché la Compagnia gestiona del sinistro assuma la difesa in nome e per conto della Compagnia del danneggiante in tutte le cause intentate contro di essa.

Ciò, poichè il nostro ordinamento giuridico riconosce a ciascun soggetto la facoltà di conferire a un terzo il potere di agire e difendersi in giudizio a tutela di un diritto proprio.

E solo laddove, in caso di rappresentanza processuale, il potere rappresentativo con relativa facoltà di nomina dei difensori e conferimento di procura alle liti, si affianchi all'attribuzione al medesimo soggetto, di un potere rappresentativo di natura sostanziale in ordine al rapporto dedotto in giudizio. Il potenziale conflitto di interesse tra la posizione di garante dell'assicurato e di rappresentante del garante del danneggiante risolvendosi sotto il profilo della valutazione della condotta contrattuale della compagnia del danneggiato, problematica che non interferisce sulla sussistenza dei presupposti di legge di cui all'art. 77 c.p.c. .

(Cfr. sul punto, Cass. Sez. 3 civ., sentenza n. 16274/2015).  
Avuto riguardo all'orientamento espresso dalla Corte Costituzionale in ordine alla facoltatività dell'azione diretta, che non esclude che le compagnie di assicurazioni pervengano ad accordi reciproci in tema di gestione dei sinistri, laddove come nel caso che ci occupa si sia pervenuti al conferimento di mandato reciproco e irrevocabile ex art. 77 c.p.c., tramite



la sottoscrizione della Convenzione CARD, l'assicurazione gestoria potrà costituirsi in giudizio non in proprio, ma solo nella qualità di mandataria dell'assicurazione del danneggiante in tutte le cause intentate nei confronti della compagnia assicurativa del danneggiante e, posto che la gestoria agisce in qualità di mandataria della compagnia del danneggiante, le conseguenze di un'eventuale pronuncia di condanna si produrranno esclusivamente nella sfera giuridica di quest'ultima.

Pertanto, l'eccezione preliminare avanzata nell'interesse dell'appellante, andrà rigettata e la sentenza impugnata dovrà essere in punto confermata.

Dovrà essere altresì rigettato il motivo di appello relativo alla circostanza secondo cui la controversia sarebbe stata trattenuta in decisione dal giudice di prime cure per la statuizione in ordine alla questione preliminare relativa alla legittimazione a costituirsi in giudizio da parte di Unipolsai, e decisa invece sul merito posto che, come risulta dagli atti, ed in particolare dal verbale di udienza in data 19.9.2013 e dai fogli di deduzione depositati in quella data da entrambe le parti, le stesse hanno concluso sia in rito che nel merito e pertanto il Giudice di Pace bene ha assunto la causa, ritenendola matura per la decisione, in ordine a tutte le questioni processuali e sostanziali esposte.

Per ciò che attiene alla eccezione di improcedibilità o improponibilità della domanda risarcitoria dell'appellante, avanzata nell'interesse dell'appellato, si osserva:

l'art. 148 d.lgs. 209/2005, ai commi 1 e 3 testualmente recita:

“1. Per i sinistri con soli danni a cose, la richiesta di risarcimento deve recare l'indicazione degli aventi diritto al risarcimento e del luogo, dei giorni e delle ore in cui le cose danneggiate sono disponibili, per non meno di cinque giorni non festivi, per l'ispezione diretta ad accertare l'entità del





danno. Entro sessanta giorni dalla ricezione di tale documentazione, l'impresa di assicurazione formula al danneggiato congrua e motivata offerta per il risarcimento, ovvero comunica specificatamente i motivi per i quali non ritiene di fare offerta. Il termine di sessanta giorni è ridotto a trenta quando il modulo di denuncia sia stato sottoscritto dai conducenti coinvolti nel sinistro. Il danneggiato può procedere alla riparazione delle cose danneggiate solo dopo lo spirare del termine indicato al periodo precedente, entro il quale devono essere comunque completate le operazioni di accertamento del danno da parte dell'assicuratore, ovvero dopo il completamento delle medesime operazioni, nel caso in cui esse si siano concluse prima della scadenza del predetto termine. Qualora le cose danneggiate non siano state messe a disposizione per l'ispezione nei termini previsti dal presente articolo, ovvero siano state riparate prima dell'ispezione stessa, l'impresa, ai fini dell'offerta risarcitoria, effettuerà le proprie valutazioni sull'entità del danno solo previa presentazione di fattura che attesti gli interventi riparativi effettuati. Resta comunque fermo il diritto dell'assicurato al risarcimento anche qualora ritenga di non procedere alla riparazione. 2. L'obbligo di proporre al danneggiato congrua e motivata offerta per il risarcimento del danno, ovvero di comunicare i motivi per cui non si ritiene di fare offerta, sussiste anche per i sinistri che abbiano causato lesioni personali o il decesso. La richiesta di risarcimento deve essere presentata dal danneggiato o dagli aventi diritto con le modalità indicate al comma 1. La richiesta deve contenere l'indicazione del codice fiscale degli aventi diritto al risarcimento e la descrizione delle circostanze nelle quali si è verificato il sinistro ed essere accompagnata, ai fini dell'accertamento e della valutazione del danno da parte dell'impresa, dai dati relativi all'età, all'attività del danneggiato, al suo reddito, all'entità delle lesioni subite, da attestazione medica comprovante l'avvenuta guarigione con o senza postumi permanenti, nonché dalla dichiarazione ai sensi dell'articolo 142,



comma 2, o, in caso di decesso, dallo stato di famiglia della vittima. L'impresa di assicurazione è tenuta a provvedere all'adempimento del predetto obbligo entro novanta giorni dalla ricezione di tale documentazione. 2-bis. Ai fini di prevenzione e contrasto dei fenomeni fraudolenti, l'impresa di assicurazione provvede alla consultazione dell'archivio informatico integrato di cui all'articolo 21 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, e successive modificazioni, e, qualora dal risultato della consultazione, avuto riguardo al codice fiscale dei soggetti coinvolti ovvero ai veicoli danneggiati, emergano gli indici di anomalia definiti dall'IVASS con apposito provvedimento, o qualora altri indicatori di frode siano segnalati dai dispositivi elettronici di cui all'articolo 132-ter, comma 1, del presente codice o siano emersi in sede di perizia da cui risulti documentata l'incongruenza del danno dichiarato dal richiedente, l'impresa può decidere, entro i termini di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo, di non fare offerta di risarcimento, motivando tale decisione con la necessità di condurre ulteriori approfondimenti in relazione al sinistro. La relativa comunicazione è trasmessa dall'impresa al danneggiato e all'IVASS, al quale è anche trasmessa la documentazione relativa alle analisi condotte sul sinistro. Entro trenta giorni dalla comunicazione della predetta decisione, l'impresa deve comunicare al danneggiato le sue determinazioni conclusive in merito alla richiesta di risarcimento. All'esito degli approfondimenti condotti ai sensi del primo periodo, l'impresa può non formulare offerta di risarcimento, qualora, entro il termine di cui al terzo periodo, presenti querela, nelle ipotesi in cui è prevista, informandone contestualmente l'assicurato nella comunicazione concernente le determinazioni conclusive in merito alla richiesta di risarcimento di cui al medesimo terzo periodo; in tal caso i termini di cui ai commi 1 e 2 sono sospesi e il termine per la presentazione della querela, di cui all'articolo 124, primo comma, del



codice penale, decorre dallo spirare del termine di trenta giorni entro il quale l'impresa comunica al danneggiato le sue determinazioni conclusive. Nei predetti casi, l'azione in giudizio prevista dall'articolo 145 è proponibile solo dopo la ricezione delle determinazioni conclusive dell'impresa o, in sua mancanza, allo spirare del termine di sessanta giorni di sospensione della procedura. Rimane salvo il diritto del danneggiato di ottenere l'accesso agli atti nei termini previsti dall'articolo 146, salvo il caso di presentazione di querela o denuncia. 3. Il danneggiato, in pendenza dei termini di cui ai commi 1 e 2 e fatto salvo quanto stabilito dal comma 5, non può rifiutare gli accertamenti strettamente necessari alla valutazione del danno alle cose, nei termini di cui al comma 1, o del danno alla persona, da parte dell'impresa. Qualora ciò accada, i termini per l'offerta risarcitoria o per la comunicazione dei motivi per i quali l'impresa non ritiene di fare offerta sono sospesi. 4. L'impresa di assicurazione può richiedere ai competenti organi di polizia le informazioni acquisite relativamente alle modalità dell'incidente, alla residenza e al domicilio delle parti e alla targa di immatricolazione o altro analogo segno distintivo, ma è tenuta al rispetto dei termini stabiliti dai commi 1 e 2 anche in caso di sinistro che abbia determinato sia danni a cose che lesioni personali o il decesso. 5. In caso di richiesta incompleta l'impresa di assicurazione richiede al danneggiato entro trenta giorni dalla ricezione della stessa le necessarie integrazioni; in tal caso i termini di cui ai commi 1 e 2 decorrono nuovamente dalla data di ricezione dei dati o dei documenti integrativi. 6. Se il danneggiato dichiara di accettare la somma offertagli, l'impresa provvede al pagamento entro quindici giorni dalla ricezione della comunicazione. 7. Entro ugual termine l'impresa corrisponde la somma offerta al danneggiato che abbia comunicato di non accettare l'offerta. La somma in tal modo corrisposta è imputata nella liquidazione definitiva del danno. 8. Decorsi trenta giorni dalla comunicazione senza che l'interessato abbia fatto pervenire alcuna



risposta, l'impresa corrisponde al danneggiato la somma offerta con le stesse modalità, tempi ed effetti di cui al comma 7. 9. Agli effetti dell'applicazione delle disposizioni di cui al presente articolo, l'impresa di assicurazione non può opporre al danneggiato l'eventuale inadempimento da parte dell'assicurato dell'obbligo di avviso del sinistro di cui all'articolo 1913 del codice civile. 10. In caso di sentenza a favore del danneggiato, quando la somma offerta ai sensi dei commi 1 o 2 sia inferiore alla metà di quella liquidata, al netto di eventuale rivalutazione ed interessi, il giudice trasmette, contestualmente al deposito in cancelleria, copia della sentenza all'IVASS per gli accertamenti relativi all'osservanza delle disposizioni del presente capo. 11. L'impresa, quando corrisponde compensi professionali per l'eventuale assistenza prestata da professionisti, è tenuta a richiedere la documentazione probatoria relativa alla prestazione stessa e ad indicarne il corrispettivo separatamente rispetto alle voci di danno nella quietanza di liquidazione. L'impresa, che abbia provveduto direttamente al pagamento dei compensi dovuti al professionista, ne dà comunicazione al danneggiato, indicando l'importo corrisposto.”

Il Giudice di Pace, con la sentenza appellata, ha rigettato la domanda dell'odierno appellante ritenendo verosimile la circostanza dal predetto negata e dalla compagnia assicuratrice invocata, secondo cui Ujkaj non si era presentato alle visite medico legali disposte nei suoi confronti rendendo “impossibile l'accertamento dei danni dallo stesso lamentati ed asseritamente patiti a seguito del sinistro per cui è causa”.

Per il motivo dianzi esposto il giudice di prime cure ha rigettato la domanda di risarcimento dei danni, avanzata nell'interesse del predetto.

Erra in questo caso il giudicante, posto che il giudizio di “non verosimiglianza” cui il predetto ha dato accesso in ordine alla versione dei fatti resa dall'appellante avrebbe dovuto essere operato necessariamente



all'esito dell'espletamento delle prove che le parti hanno indicato sul punto, non apparendo congrua la valutazione operata in termini di probabilità (verosimiglianza) di una circostanza rilevante nel merito, a fronte della possibilità del suo accertamento attraverso prove ritualmente dedotte ed in concreto esperibili, ma non ammesse.

Nella praticata ipotesi di non piena certezza, ben il Giudice di Pace avrebbe dovuto pertanto esperire le relative prove.

Non si ritiene tuttavia di addivenire ad attività istruttoria in sede di appello posto che la questione può essere risolta sulla scorta del rilievo secondo cui la sottoposizione dell'infortunato alla visita medico legale di cui è menzione nel comma 3 del citato art. 48 TU Ass. non può essere considerata alla stregua di condizione di procedibilità per l'esercizio dell'azione civile.

E difatti la sua mancata realizzazione comporta, secondo il chiaro dettato normativo, l'unico effetto di determinare la sospensione dei termini di cui al comma 2 del citato articolo, all'evidente fine di impedire che ricada sull'assicurazione la responsabilità del mancato rispetto dei predetti, funzionali all'inoltro della propria offerta risarcitoria ovvero alla esposizione dei motivi per cui la stessa non abbia ritenuto di addivenire all'offerta, laddove di fatto il mancato rispetto dei prescritti termini sia stato determinato nella sostanza dall'ingiustificato rifiuto a sottoporsi ai dovuti accertamenti medici, opposto dal danneggiato.

Risulta comunque agli atti che l'Ujkaj si sia infine sottoposto (o risottoposto) a visita medico-legale dopo l'emissione della sentenza di primo grado.

L'eccezione di improcedibilità o improponibilità della domanda di parte appellante, avanzata nell'interesse della compagnia assicurativa, dovrà



quindi essere rigettata.

Passando alla determinazione del quantum debeatur, si osserva:

Il ctu ha così concluso il suo elaborato:

“In seguito all’incidente di auto del giorno 6.3.2012 (sinistro stradale con tamponamento) il signor Ujkaj riportava un trauma con interessamento discorsivo del rachide cervicale. Detti esiti meta-traumatici erano trattati con terapia medica e periodo di riposo con assenza dal lavoro, nonché uso di collare cervicale.

All’interno del fascicolo di parte attrice sono presenti spese mediche che si ritengono congrue per un importo complessivo di euro 240,00; ad oggi non si ravvede la necessità di nuove spese mediche future per ulteriori interventi chirurgici, cicli di terapie mediche e o fisiche-riabilitative.

In esito all’infortunio sono derivati postumi mete-traumatici in nesso di causa con l’evento che hanno cagionato una I.T.T al 100% di giorni 1; una I.T.P. al 75% di giorni 7; una I.T.P. al 50% di giorni 10 ed una ulteriore I.T.P. al 25% di giorni 10.

I postumi permanenti, ormai ampiamente stabilizzati e traumatogeneticamente riconducibili all’infortunio de quo, possono essere valutati con un danno biologico dello 0,5-1%.

Detti postumi non risultano alla luce della attuale normativa strumentalmente accertati.

Non si ravvede una stima di danno specifica ed afferente alla capacità lavorativa specifica del paziente.

Null’altro si ravvede di segnalare ai fini di giustizia.”



La Corte di Cassazione ha espresso il proprio orientamento anche in epoca recentissima in ordine alla valenza dell'accertamento strumentale in caso di lesioni personali lievi, cd. micro permanenti, cioè di postumi permanenti compresi tra l'1% e il 9%.

L'art. 139 del D.L.gs. 209/2005, (cd. Codice delle Assicurazioni Private), è stato modificato dall'art. 32 comma 3 ter del D.L. 1/2012 convertito con modifiche dalla L. 27/2012 e dall'art. 1, comma 213 D.Lgs. 74/2015 e, infine, dall'art. 1 comma 19 L. 124/2017, che ha disposto che

“In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, ovvero visivo, con riferimento alle lesioni, quali le cicatrici, oggettivamente riscontrabili senza l'ausilio di strumentazioni, non possono dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente”.

Le modifiche all'art. 139 C.d.A., ed in particolare quelle relative alla necessità dell'accertamento strumentale, sono state ritenute applicabili anche ai giudizi in corso (Cfr. Cass. n. 18773/2016 e Corte Costituzionale sentenza n. 235/2014).

Con la menzionata sentenza, e con riferimento ad un caso analogo a quello per cui si procede, avente ad oggetto l'appello avverso una sentenza di primo grado che non riconosceva la liquidazione del danno biologico per una lesione micro permanente al rachide cervicale da colpo di frusta, in quanto non strumentalmente accertabile, la Suprema Corte ha ribadito che le norme in esame si applicano anche ai giudizi in corso, ed ha precisato che:

“..la ratio delle medesime norme va tratta assumendo come punto di riferimento la previsione degli artt. 138 e 139 del d.lgs. n. 209 del 2005 e, in particolare, la previsione del comma 2 dell'art. 139 secondo cui per



danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente dell'integrità psico-fisica della persona, suscettibile di accertamento medico-legale”.

Ciò posto ha ulteriormente specificato, in relazione alle novità introdotte nell'anno 2012, come il legislatore abbia inteso sollecitare una prova rigorosa in merito all'accertamento effettivo dell'esistenza delle patologie lamentate, specie quelle di piccola entità contenute entro la soglia del 9%, in considerazione del fatto che tali procedimenti civili, ai fini statistici, sono tra i più numerosi in assoluto.

Tuttavia sottolineando come “Il rigore che il legislatore ha dimostrato di esigere – che, peraltro, deve caratterizzare ogni tipo di accertamento in tale materia – non può essere inteso, però, come pure alcuni hanno sostenuto, nel senso che la prova della lesione debba essere fornita esclusivamente con l'accertamento clinico strumentale; difatti, è sempre e soltanto l'accertamento medico legale svolto in conformità alle *leges artis* a stabilire se la lesione sussista e quale percentuale sia ad essa ricollegabile.

E l'accertamento medico non può essere imbrigliato con un vincolo probatorio che, ove effettivamente fosse posto per legge, condurrebbe a dubbi non manifestamente infondati di legittimità costituzionale, posto che il diritto alla salute è un diritto fondamentale garantito dalla Costituzione e che la limitazione della prova della lesione del medesimo deve essere conforme a criteri di ragionevolezza..”

Ciò posto, nel merito della questione attinente a una lesione del rachide cervicale, altrimenti detta colpo di frusta, la Suprema Corte ha precisato che il CTU non può limitarsi ad accertare la predetta lesione sulla base di quanto riferito dal danneggiato in virtù del maggiore o minore dolore





percepito, essendo l'esame strumentale, in simili casi, lo strumento dirimente.

Tuttavia, secondo la Cassazione errava il giudice d'appello, limitandosi ad escludere il risarcimento a causa della mancanza dell'accertamento clinico strumentale senza convocare il CTU per chiarimenti o per un eventuale accertamento supplementare, così ponendo a carico del danneggiato un ulteriore onere probatorio che neppure sussisteva nel momento in cui il giudizio fu incardinato e pertanto accoglieva il ricorso e cassava la sentenza impugnata con rinvio al Tribunale territorialmente competente in persona di un diverso Magistrato.

Nel caso che ci occupa, considerato l'insegnamento di cui alla su menzionata sentenza con riferimento ai criteri di ragionevolezza dalla Corte indicati, tenuto in adeguato conto il rilievo costituzionale del diritto alla salute, e optando per una interpretazione costituzionalmente orientata della norma de qua, che si impone, appare opportuno valorizzare l'esito dell'accertamento medico agli atti che parla con certezza di postumi permanenti ormai ampiamente stabilizzati e connessi causalmente all'infortunio.

Pertanto, avuto riguardo alla bassissima percentuale indicata (0,5-1%), dovrà riconoscersi all'appellante un risarcimento del danno biologico per i predetti postumi, da quantificarsi nella somma stimata equa di euro 500,00.

Tenuti in debito conto i criteri orientativi di riferimento di cui alla Tabella elaborata presso il Tribunale di Milano con riferimento al danno non patrimoniale, dovranno riconoscersi all'Ujkaj le seguenti somme a titolo di risarcimento per:



- 1)  
Postumi c.d. micro permanenti, euro 500,00.
- 2) Invalidità  
invalidità temporanea al 100% per giorni 1, euro 50,00
- 3) Invalidità  
invalidità temporanea al 75% per giorni 7, euro 220,00
- 4) Invalidità  
invalidità temporanea al 50% per giorni 10, euro 220,00
- 5) Invalidità  
invalidità temporanea al 25% per giorni 10, euro 110,00.

Per un totale di euro 1100,00 con interessi e rivalutazione dalla data del sinistro fino alla data della liquidazione.

Dovrà essere inoltre rimborsata la spesa medica di euro 240,00, pure menzionata e ritenuta congrua dal CTU, potendosi considerare tale quella sostenuta per sottoporsi a visita medica volta all'accertamento della patologia riportata nel sinistro ed alla redazione della relativa relazione.

Il danno morale, inteso come pretium doloris, andrà risarcito nella misura equitativa pari ad euro 500,00 essendo innegabile la sussistenza di una sofferenza derivante dal (pur lieve) trauma fisico e psicologico derivato dall'incidente.

Non ricorrono invece le condizioni per addivenire ad un aumento personalizzato della entità del risarcimento, peraltro neppure richiesto.

Non dovrà essere rimborsata la spesa sostenuta per assistenza legale stragiudiziale, in quanto non sufficientemente documentata.

Dovranno essere posti definitivamente a carico dell'appellata, gli esborsi fatti dall'Ujkaj per anticipi al ctu.



Le spese del primo e del secondo grado di giudizio, da liquidarsi come da dispositivo, dovranno essere posti a carico di Unipolsai Assicurazioni S.p.a. per la soccombenza e dovranno essere distratte a favore dei difensori antistatari dell'appellante che ne hanno fatto rituale richiesta.

P.Q.M.

Definitivamente decidendo il procedimento in epigrafe, ogni contraria istanza, eccezione, deduzione respinta

- 1) In totale riforma della sentenza impugnata, condanna Unipolsai Assicurazioni S.p.a. a risarcire il danno riportato da Ujkaj Spartak in occasione del sinistro stradale in data 6.3.2011 che liquida nella somma di euro 1840,00, al netto di eventuali prestazioni previdenziali già erogate, oltre interessi e rivalutazione come per legge.
- 2) Pone in via definitiva a carico di Unipolsai Assicurazioni S.p.a. gli onorari e le spese del ctu e condanna la predetta a rimborsare a Ujkaj Spartak la somma dallo stesso sborsata quale anticipo al ctu.
- 3) Condanna Unipolsai Assicurazioni S.p.a. alla rifusione delle spese processuali sostenute da Ujkaj Spartak nei due gradi di giudizio, che liquida nella somma complessiva di euro 3000,00 oltre iva e cap come per legge.
- 4) Distrae la predetta somma a favore dei difensori antistatari Maurizio Zanolì e Giulia Zanolì.



Così deciso in Modena in data 27.2.2018

Il Giudice estensore

dott. Ester Russo

XX

