



N. R.G. 21469/2010



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di TORINO

Terza Sezione Civile

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Maura Arisio

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di II Grado iscritta al n. r.g. **21469/2010** promossa da:

[redacted], con il patrocinio dell'avv. [redacted]
[redacted], elettivamente domiciliato in [redacted] presso il difensore
avv. [redacted]

APPELLANTE

contro

[redacted] ASSICURAZIONI SPA [redacted] con il patrocinio dell'avv. [redacted]
[redacted], elettivamente domiciliato in [redacted] presso il
difensore avv. [redacted]

APPELLATA

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso .

[redacted]

[redacted]



Parte appellante: come da atto di appello

"... In totale riforma dell'appellata sentenza 49.84/10 inter partes resa dal giudice di pace di Torino;
accertata la procedibilità dell'azione promossa dall'attore; previa ammissione dei mezzi di prova sull'an
che sul quantum dedotte in atto di citazione 10/9/2009 e degli ulteriori capi di prova formulati memoria
ex art.320 c.p.c. del 18/12/2009;

accogliere il presente appello e per l'effetto condannare la convenuta al risarcimento dei danni tutti,
patrimoniali e non come meglio precisati previa necessaria personalizzazione e previa deduzione degli
acconti già corrisposti, ovvero in quella diversa, maggiore o minore, misura ritenuta effettivamente
dovuta, oltre rivalutazione ed interessi legali sulla somma rivalutata dalla data della sentenza impugnata
fino al saldo effettivo;

Con il favore delle spese di entrambi gradi di giudizio.

Per parte appellata: da comparsa di costituzione risposta in appello

"... Respingere in quanto del tutto infondato in fatto e in diritto l'appello proposto dalla signora Rita
Sanna.

Con vittoria di spese e onorari oltre Iva e cpa, per entrambi gradi del giudizio."

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

Si tratta dell'appello proposto da [redacted] nei confronti della [redacted] Assicurazioni S.p.A. avverso la
sentenza resa dal G.d.P. di Torino avente numero 4984/10 con la quale- nel giudizio avente ad oggetto
la domanda di condanna della [redacted] Assicurazioni S.p.A. al risarcimento dei danni subiti
dall'attrice/appellante a seguito del sinistro verificatosi in Torino il 25/11/2008- la predetta domanda di
risarcimento dei danni è stata dichiarata improponibile..

Il G.d.P. ha ritenuto, in particolare che- anche volendo aderire alla tesi interpretativa secondo cui la
sospensione prevista dall'art. 148 comma III codice delle assicurazioni avrebbe dovuto riguardare



unicamente il termine posto a carico dell'assicuratore per formulare l'offerta -in ogni caso si doveva concludere nel senso che la lite era stata instaurata prima che si potesse addivenire ad un accordo o che fosse manifestato un diniego emesso nei termini concessi e sospesi per permettere gli accertamenti necessari, in quanto l'atto di citazione risultava " Redatto in data 10 settembre 2010 e consegnato all'ufficiale giudiziario in data 30/10/2009 pendenti termini per conoscere gli esiti della visita medico-legale del [redacted] e l'eventuale offerta risarcitoria. La lite è stata senza dubbio instaurata prima che si potesse divenire ad un accordo o che fosse manifestato un diniego emesso nei termini concessi e sospesi per permettere gli accertamenti necessari. ..." (Vedi meglio ultima pagina sentenza appellata).

Avverso tale sentenza ha proposto appello la [redacted] indicando, quale primo motivo d'appello la: "Errata interpretazione della normativa dell'art. 145 in relazione agli artt. 148 e 149 cod. ass." ed assumendo, in particolare, che dalla lettura combinata degli articoli 145 comma 2 e 148 comma 2 cod. ass. si evinceva che l'unico termine suscettibile di sospensione era quello previsto a carico dell'assicuratore, relativo all'obbligo di formulare l'offerta., chiarendo ulteriormente che parte appellata aveva ricevuto la prima richiesta di risarcimento dei danni, completa di tutti i requisiti e le indicazioni previste dall'articolo 148, in data 3/12/2008, e che la Compagnia di Assicurazione appellata aveva ricevuto la relazione medico-legale di parte, attestante la guarigione con postumi , l'11 maggio 2009

L'appellante ha quindi sottolineato che- essendo stata ricevuta tale relazione medico-legale l'11 maggio 2009, mentre la notifica dell'atto introduttivo era del 6 ottobre 2009- da ciò risultava che la domanda era procedibile .

Ha, altresì, rilevato che la proponibilità della domanda era del tutto slegata dalla sospensione prevista dall'articolo 148 C.d.A. comma tre, e che l'eventuale rifiuto da parte di essa appellante di sottoporsi a visita medico-legale, oltre a essere stato solo allegato dalla Compagnia di Assicurazione e non provato, non avrebbe potuto in ogni caso produrre gli effetti sospensivi voluti dall'appellata stessa.

Con riferimento ,poi, in particolare alla circostanza che l'azione sarebbe stata esercitata prima che si

[redacted]

[redacted]



potesse addivenire ad un accordo emesso nei termini concessi e sospesi per permettere gli accertamenti necessari, come affermato nella sentenza appellata, ha ancora sottolineato che tale assunto implicava ciò che non si era verificato nel caso in esame, ovvero la sospensione dei termini per "Permettere gli accertamenti necessari".

Ha rilevato che - con la formulazione dell'offerta da parte dell'Assicurazione -si era conclusa la procedura liquidativa ,ai sensi degli artt. 148 e 149 codice assicurazione, posto che quel momento rappresentava l'ultimo atto degli adempimenti che il legislatore demandava all'Assicurazione .

Ha ribadito che una volta formulata l'offerta il danneggiato era libero di agire, se non riteneva di accettare a saldo la somma offerta e che ,in particolare, la causa era stata instaurata in data successiva alla formulazione dell'offerta da parte dell'Assicurazione, come appariva documentalmente provato.

Quale secondo motivo di appello ha lamentato l': "Omessa motivazione della pronuncia".

Sul punto ha asserito che l'obbligo di motivazione di tutti i provvedimenti giurisdizionali era una fondamentale garanzia costituzionale e che, inoltre, l'articolo 360 n.5 c.p.c. implicava la necessità che la motivazione dovesse essere sufficiente, logica non contraddittoria, ovvero coerente con le diverse osservazioni in cui essa si articolava.

Ha, quindi, posto in rilievo che dalla lettura della sentenza impugnata pareva potersi evincere che il Giudice di primo grado avesse ritenuta fondata l'allegazione della Compagnia di assicurazione in base alla quale essa appellante si sarebbe rifiutata di sottoporsi a visita medico-legale e che ciò avrebbe determinato la sospensione dello "spatium deliberandi" e la conseguente improponibilità della domanda.

Ha rilevato, poi, che la decisione, tuttavia, sul punto non era stata in alcun modo motivata , in quanto erano state riportate le tesi dell'odierna appellata che , però, non aveva fornito la prova positiva del presupposto fattuale in forza del quale avrebbe dovuto operare la sospensione dei termini, ovvero il fatto storico del rifiuto di essa appellante di sottoporsi a visita medico-legale.



Con riferimento alle prove richieste già in primo grado, ha rilevato che la domanda proposta in prime cure non era stata contestata in relazione all' "An" e che quindi, anche gli effetti di cui all'articolo 115 c.p.c., essa doveva sul punto ritenersi provata.

Ha poi osservato che le contestazioni formulate dall'appellata in punto "quantum" apparivano oltremodo generiche e di mero stile, sottolineando che, in particolare, i pregiudizi da essa patiti non erano solo quelli medicalmente accertabili ma anche quelli ulteriori caratterizzati da sofferenza per le lesioni patite, nonché quelli consistenti nelle circostanze di cui all'atto introduttivo.

Ha concluso come in frontespizio.

Parte appellata, a sua volta, nel costituirsi in giudizio ha negato che vi sarebbe stata erronea interpretazione da parte del Giudice di primo grado dell'art. 145 in relazione agli articoli 148 e 149 C.d.A.; in particolare, ha osservato che era sufficiente una puntuale ricostruzione delle fasi del procedimento risarcitorio, tutte rigorosamente documentate, per addivenire alle conclusioni del G.d.P.

Ha posto in evidenza che il 3 dicembre 2008 le era pervenuta la richiesta di risarcimento per le lesioni patite dall'appellante; che il 9 dicembre 2008 essa aveva formulato all'appellante la richiesta di integrazione di dati, tra cui l'attestazione medica comprovante l'avvenuta guarigione con o senza postumi permanenti; che in data 27 febbraio 2009 aveva invitato l'appellante a concordare con il medico fiduciario [redacted] tempi e modi della predetta visita medico-legale per l'accertamento degli eventuali postumi permanenti; che in data 20 aprile 2009 essa aveva nuovamente invitato la [redacted] a sottoporsi a visita medico-legale, avvertendola che l'impossibilità di procedere alla quantificazione del danno per cause non imputabili ad essa Compagnia di assicurazione non avrebbe consentito di formulare alcuna offerta risarcitoria.

Ha poi sottolineato che in data 9 maggio 2009 le era pervenuta la visita medico-legale di parte, con allegata richiesta di risarcimento e relativa quantificazione, sostenendo che da questo momento era decorso per essa il termine di 90 giorni per proporre una congrua offerta risarcitoria o, al contrario, per [redacted]



[redacted] comunicare i motivi per cui non riteneva di formulare alcuna offerta, ai sensi dell'articolo 148 secondo comma C.d.A..

Ha ricordato che il 9/6/2009 il dott. [redacted] aveva sollecitato una visita medica legale, fissata al 17 giugno 2009, e che anche tale invito non era stato riscontrato; ha precisato che il 24 giugno 2009 aveva messo in mora la [redacted] invitandola ancora una volta a concordare la data degli accertamenti strettamente necessari per la valutazione del danno; ha richiamato la circostanza che il 23 settembre 2009 la [redacted] si era sottoposta la visita medico-legale e che il dotto, [redacted] aveva accertato in capo alla medesima un danno biologico pari a una IP al 5% e una IT 50% gg. 20 nonché una IT 25% per gg. 20, come da doc. 9 prodotto.

Ha sottolineato che, sulla base di tale valutazione, il 5 ottobre 2009 essa aveva spedito per posta alla [redacted] un'offerta reale di euro 5500,00, che l'attuale appellante aveva ricevuto in data 15 ottobre 2009 ed aveva incassato.

Ha osservato che già in data 6 ottobre 2009, tuttavia, era pervenuta la notifica dell'atto di citazione di primo grado, che era stato consegnato all'ufficiale giudiziario in data 30 settembre 2009.

Ha posto in evidenza che ai sensi dell'articolo 148, comma II C.d.A. l'impresa di Assicurazione era tenuta a proporre al danneggiato una congrua offerta di risarcimento ovvero a comunicare i motivi per cui non riteneva di formulare un'offerta, entro 90 giorni dalla ricezione della "Attestazione medica comprovante l'avvenuta guarigione con o senza postumi permanenti" e che il termine di 90 giorni decorreva, per essa Compagnia, da quel momento.

Ha sostenuto che, pertanto, nel caso in esame, il termine era decorso dal ricevimento della perizia medico-legale di parte del 9 maggio 2009 e che da tale data al 24 giugno 2009-data della messa in mora della [redacted] a sottoporsi a visita medico-legale, erano decorsi 46 giorni.

Ha richiamato, poi, il terzo comma dell'articolo 148 codice delle assicurazioni ed ha asserito che, pertanto, dal 24 giugno 2009 il computo del termine era rimasto sospeso fino al 23 settembre 2009,

[redacted]



data in cui la [redacted] si era finalmente sottoposta a visita medico-legale.

Ha ancora posto in evidenza che l'offerta risarcitoria era stata da essa spedita il 5 ottobre 2009 ed era stata ricevuta dalla [redacted] il 15 ottobre 2009 e che dal 9 maggio 2009 -data di ricevimento della perizia medico-legale di parte, al 5 ottobre 2009-data della spedizione dell'offerta-erano decorsi 58 giorni, mentre dal 9 maggio 2009 al 15 ottobre 2009, data di ricevimento dell'offerta, erano decorsi 68 giorni. Ha concluso asserendo che l'offerta risarcitoria di essa Compagnia era stata quindi tempestiva; ha rilevato che, al contrario, l'atto di citazione, dato in notifica in data 30 settembre 2009, era stato ricevuto già il 6 ottobre 2009, e quindi non solo prima di 90 giorni previsti dalla legge ai sensi dell'articolo 148, secondo comma C.d.S., ma anche prima del tempestivo ricevimento della congrua e motivata offerta risarcitoria da parte di essa [redacted] Assicurazioni.

Ha concluso affermando che l'appellante aveva promosso il giudizio senza rispettare i termini previsti dalla legge.

Ha rilevato che anche le raccomandate di richiesta di risarcimento del 28 settembre 2008 e del 6 maggio 2009, richiamate dall'appellante, non tenevano conto del termine di 90 giorni previsto ai sensi del 148 secondo comma codice assicurazione per la proponibilità dell'azione di risarcimento, decorrente dal ricevimento da parte dell'assicuratore della visita medico-legale di parte, né del sistema di sospensione dei termini previsti a tutela dell'interesse generale alla definizione extragiudiziale delle vertenze in materia di micro permanenti.

Con riferimento al secondo motivo d'appello, ha rilevato che il percorso argomentativo del giudice di prime cure era stato ampio, logico e coerente e che si fondava dal raffronto tra le ragioni della decisione e le risultanze documentali.

In particolare ha osservato che, alla controdeduzioni dell'appellante secondo cui la norma di cui al comma terzo dell'articolo 148 Cda avrebbe riguardato unicamente il termine di 90 giorni disposto a carico dell'assicuratore per formulare l'offerta o il motivato diniego al risarcimento e non anche il



termine per proporre l'azione di risarcimento, la sentenza appellata aveva risposto che in realtà anche volendo seguire tale strada si doveva considerare che il procedimento era specificamente regolato dall'articolo 149 del codice assicurazione e che il VI comma di tale articolo prevedeva espressamente che l'azione giudiziale avverso la Compagnia di Assicurazione poteva essere esercitata solo in caso di diniego o in caso di mancato accordo.

Ha richiamato ancora quanto, sul punto, era stato rilevato dal G.d.P., osservando che la sentenza aveva inteso sanzionare l'atteggiamento "Litigioso speculativo e l'inosservanza del dovere di collaborare per evitare inutili aggravii di giustizia di parte attrice". (Vedi così pagina 13 comparsa di costituzione in appello).

Ha rilevato che ciò si doveva tenere in considerazione tanto più in assenza di contestazione sull'an debeat" e a fronte del risarcimento integrale dei danni materiali già avvenuto.

Con riferimento alla mancata ammissione delle prove ha osservato che ciò era conseguenza dell'accoglimento dell'eccezione preliminare di improponibilità.

Ha concluso poi come in frontespizio.

Il giudizio è stato trattato in udienza e le parti sono state invitate, in particolare, a trattare della questione preliminare concernente la procedibilità della domanda; indi, senza procedere ad istruzione probatoria, il G.U. ha trattenuto il giudizio a decisione, sulle conclusioni sopra trascritte.

Tutto ciò premesso si osserva quanto segue.

Si deve osservare che l'ipotesi in esame non attiene al mancato rispetto dei termini previsti a carico della Compagnia di Assicurazione per formulare l'offerta risarcitoria, ex art. 148 C.d.A , ma alla diversa questione se l'azione di risarcimento diretto ex art. 149 possa essere promossa dal danneggiato rispettando unicamente il termine di 90 giorni previsto dall'articolo 145 n. 2 C.d.S. , e quindi indipendentemente, in ipotesi, dalla sospensione dei termini prevista dal Legislatore in favore della



[redacted]

Compagnia di assicurazione ai sensi dell'art. 148 C.d.A n. 3 ultima parte.

Orbene, considerato che l'art. 145 codice assicurazione prevede come "Proponibilità dell'azione di risarcimento" esclusivamente quanto ivi disciplinato e, in particolare, quanto indicato -per il caso ora in esame (risarcimento diretto **ex art. 149**) - al punto n.2, si deve ritenere che la "proponibilità" dell'azione di risarcimento diretta è unicamente collegata alla necessità del decorso dei 90 giorni (in caso di danno alla persona) computato a decorrere **da quando il danneggiato abbia chiesto alla propria Impresa di assicurazione il risarcimento del danno a mezzo di lettera raccomandata** con avviso di ricevimento, così come recita espressamente il citato art. 145 punto n. 2).

La dizione letterale dell'art. 145, pertanto, indica e comporta in sé e per sé che - una volta decorso il termine di 90 giorni di cui sopra- l'azione ex art. 149 divenga ex lege "proponibile" per il danneggiato; del resto, anche la "ratio" della norma ora in esame è proprio quella di consentire al danneggiato di poter esercitare il suo diritto per ottenere il risarcimento del danno senza dover attendere un "forzato" periodo di tempo ulteriore rispetto a quello dei 90 giorni ora indicati, nel rispetto così della tutela del diritto del "più debole".

Ciò posto, nel caso in esame non vi è dubbio che tale termine sia trascorso prima della proposizione dell'azione, considerato che la [redacted] ha chiesto alla propria Impresa di Assicurazione il risarcimento del danno a mezzo della lettera raccomandata inviata il 28 novembre 2008, che è stata ricevuta dall'Ispettorato sinistri della [redacted] Assicurazioni il 5 dicembre 2008 (vedi meglio doc. 1 prodotto da [redacted] Assicurazioni nella quale, tra il resto, espressamente si legge: "La presente ai sensi e per gli effetti di legge per quanto occorra ex articolo 1441 C. nonché ex art. 145 Cod Ass), mentre l'atto di citazione del giudizio di prime cure - con il quale è stata proposta l'azione ex art. 149 C.d.A.- risulta notificato in data 6 ottobre 2009 (vedi così busta prodotta in primo grado, e mancata contestazione sul punto da parte della [redacted]

L'azione è stata proposta, pertanto, nel rispetto dei 90 giorni di cui all'art. 145 C.d.A., e quindi è

[redacted]



proponibile.

Nè vale ad inficiare siffatta conclusione la circostanza , ribadita anche in questo grado di giudizio, da parte della Compagnia di Assicurazione, secondo cui essa aveva formulato l'offerta di risarcimento del danno tempestivamente, e cioè nel rispetto dei termini posti a carico dell'assicurazione , e di cui all'articolo 148 C.d.A-: tali termini, infatti, e la relativa sospensione prevista per essi ai sensi del terzo comma del medesimo articolo 148 C.d.A. risultano stabiliti unicamente nei confronti della Impresa di Assicurazione , e non del danneggiato, al fine di consentire alla medesima di procedere all'offerta di risarcimento del danno (ovvero per comunicare i motivi per cui non si ritiene di far offerta) ma non possono in alcun modo incidere sulla proponibilità dell'azione che riguarda, invece, il danneggiato: ciò si evince , come già si è accennato, dall'art. 145 n. 2, in virtù del quale la proponibilità dell'azione risulta essere unicamente sottoposta al decorso dei 90 giorni dall'invio della richiesta della lettera raccomandata alla compagnia di assicurazione .

Del resto, che i termini indicati nell'art. 148 siano posti nei confronti (ed a carico) della sola Impresa di assicurazione è ben comprensibile, atteso che l'articolo 148 C.d.A è diretto ad impedire-proprio con la scansione temporale ivi indicata-un'inutile protrarsi del tempo necessario per la formulazione della proposta di risarcimento, ancorché esso provveda a sua volta a disciplinare una sospensione dei termini in questione nell'ipotesi in cui il danneggiato non "collabori" con la compagnia di assicurazione stessa (vedi così terzo comma articolo 148 in esame); insomma la ratio dell'articolo 148 è quello di evitare eccessive lungaggini nella formulazione della proposta di risarcimento del danno e in nessun modo, coerentemente, fa riferimento alla proponibilità dell'azione da parte del (diverso) soggetto che deve essere invece risarcito, e cioè il danneggiato.

Si deve pertanto nuovamente concludere, alla luce di tutte le precedenti osservazioni, che la proponibilità dell'azione da parte del danneggiato dipende unicamente dal rispetto dei termini di cui all'articolo 145 C.d.S, senza l'obbligo per il medesimo di attendere che la Compagnia di Assicurazione



abbia formulato la proposta di risarcimento .

Da tutto ciò deriva , altresì, che non appare condivisibile l'introduzione , effettuata dal giudice di prime cure, di un' ulteriore causa di " proponibilità" dell'azione rispetto a quella tassativamente prevista nell'art. 145 n. 2.

Infine,l'affermazione contenuta nel sesto comma dell'articolo 149 C.d.A. va intesa, più semplicemente, nel senso di un 'indicazione esemplificativa delle ipotesi al cui verificarsi , poi, si può , per l'appunto, proporre poi l'azione diretta, di cui all'articolo 145 , con la specificazione ulteriore – contenuta sempre nel citato VI comma – che siffatta azione può essere proposta proprio e solo nei diretti confronti della propria impresa di assicurazione, senza cioè dover proporre azione anche nei confronti dell'Assicurazione del responsabile civile; insomma, quanto indicato nel VI comma dell'art. 149 in esame non può comportare una ulteriore causa di proponibilità dell'azione rispetto a quella tassativamente prevista nell'art. 145 n. 2 .

A questo punto deve essere riformata la sentenza appellata che, invece, ha dichiarato l'improponibilità della domanda e , così, si deve di conseguenza passare a trattare in merito del giudizio, non esaminato in prime cure .

La domanda proposta dalla [redacted] così come la medesima ha ampiamente precisato sin dal primo grado del giudizio, è rivolta ad ottenere il danno patrimoniale e non patrimoniale e, in particolare, il danno conseguente alle c.d. sofferenze morali , oltre al danno che essa assume di aver subito e relativo al rimborso della spesa sostenuta per la consulenza medico-legale del dottor [redacted] , ed altresì alle spese legali stragiudiziali .

In ordine, poi, al risarcimento del danno biologico, già effettuato dalla Compagnia di Assicurazione [redacted] nella misura di cui al doc. 2 prodotto dall'appellante , si rileva che l'appellante stessa ha rilevato che anche volendo accettare , in ipotesi, il 5% di I.P.P. e l'indicazione di IPT riconosciuta dall'appellata pari a 20gg. al 50% e 20gg. al 25%, in ogni caso , applicando i parametri vigenti al [redacted]



momento della liquidazione ,risulterebbe a suo favore **Euro 5.142,69-** di cui Euro 4.505 ,49 per biologico permanente e Euro 637,29 per danno biologico temporaneo- a fronte dell'ammontare di Euro **5091,78**, corrisposti dalla Assicurazione [redacted] per tali voci (meglio pag. 6 comparsa conclusionale , nonché pagg. 7 e 8 in appello e v. , altresì, doc. 2 prodotto dalla [redacted] in prime cure, relativo alla: "Comunicazione di offerta ex articolo 22 della convenzione risarcimento diretto" del 5/15 ottobre)

L'appellante ha, altresì, rilevato che anche le spese mediche riconosciute da parte appellata nella minor somma di Euro 358,95 non erano correttamente liquidate, poiché agli atti vi erano pezze giustificative dalle quali risultava un esborso di Euro 428,61 per spese mediche e di cura , oltre Euro 240,00 per costo visita medico-legale di parte , e così spese per totali Euro 668,61.

Or bene , innanzitutto si osserva che tenendo conto di tutta la documentazione medica prodotta da parte appellante già nel primo grado del giudizio, ed in particolare della relazione di consulenza medico-legale [redacted] (doc. 4), nonché della relazione di visita medico-legale effettuata il 23/9/2009, per la [redacted] Assicurazioni (doc. 9 parte appellata, fascicolo di primo grado) , e valutato il contenuto di entrambe le consulenze alla luce, anche della suddetta complessiva documentazione medica prodotta, si ritiene che non sia necessario disporre una C.T.U in punto danno biologico , ritenendosi congrue le risultanze a cui è pervenuta la relazione medico-legale del 23/9/2009, di cui al doc. 9, di parte appellata.

Ciò posto, sono poi risultate corrette le contestazioni che in punto quantificazione ha effettuato parte appellante, e di cui sopra già si è dato conto: in virtù dei parametri vigenti al momento del calcolo della liquidazione (tabella riferimento anno 2009-2010) risulta, infatti, che a titolo di danno biologico la [redacted] aveva diritto di percepire la somma di euro **5142,69**, **anziché quella di euro 5091,78** (indicata nel documento 2 prodotto da parte appellata in prime cure); del pari, dal documento 5 prodotto da parte appellante in primo grado ,risulta che le spese mediche sostenute dalla [redacted] sono state pari ad euro 240,00 per il costo della visita medico-legale di parte dott. [redacted] - che deve essere riconosciuta in suo



favore in quanto rientrante negli atti medici necessari per la quantificazione dei danni psicofisi- oltre ad euro 428,61 per spese mediche di cura (vedi sempre doc. 5 , composto da più pagine, con importi corrisposti e che indicano una somma addirittura superiore a quella di Euro 428, 61 richiesta e precisata in comparsa conclusionale, pag. 6) e , così risultano a tale titolo dovuti totali Euro **668,61 anziché Euro 358,95 percepiti** (v. sempre doc. 2 appellante), con un residuo a credito dell'appellata pari ad Euro **309,66** per differenza (Euro 668,61 meno Euro 358,95 percepiti)

Rimane ancora da valutare la richiesta concernente la componente biologica del danno non patrimoniale, indicata da parte appellante nelle sofferenze morali patite a seguito delle lesioni riportate.

In ordine a ciò si ritiene che si debba tener conto, certamente, di quanto affermato dalle sentenze della Suprema Corte SS.UU.n. 26972/08 e n. 26973/08, nonché , poi, in ogni caso, di quanto è stato indicato sul punto in esame nell'ordinanza pronunciata dalla Corte di Cassazione il 17 settembre 2010 n. 19.816, sez. III, che qui si intende richiamata integralmente ed in base alla quale, in particolare- con riferimento ad un sinistro stradale a seguito del quale erano derivate lesioni personali- è stato affermato che: "Il diritto al risarcimento dei danni non patrimoniali deriva da una norma del codice civile (articolo 2059 c.c.) che la legge n. 57 del 2001 non ha certo abrogato. L'articolo 5 della suddetta legge si è limitato a dettare i criteri di liquidazione del danno biologico -cioè di quell'aspetto del danno non patrimoniale che afferisce alla integrità fisica- senza per questo escludere che, nella complessiva valutazione equitativa circa l'entità della somma spettante il risarcimento, il giudice debba tener conto anche delle sofferenze morali subite dal danneggiato. Le sentenze della Corte di Cassazione a S.U. n. 26.972 e 26.973/2008... confermano tale principio, disponendo che non è ammessa la creazione di diverse tipologie autonome e a se stanti di danno non patrimoniale (ed in particolare di quella del danno c.d. esistenziale) per attribuire una specifica somma in risarcimento di ognuna: ma che il giudice deve comunque tenere conto- nel liquidare l'unica somma spettante riparazione-di tutti gli aspetti che il danno non patrimoniale assume nel caso concreto (danno alla vita, alla salute, ai rapporti affettivi



familiari, sofferenze psichiche, ecc.); la sentenza impugnata ha commisurato la liquidazione esclusivamente al c.d. danno biologico, escludendo espressamente la risarcibilità delle sofferenze morali conseguenti alle lesioni fisiche, sulla base dell'errata interpretazione delle norme richiamate dal ricorrente e deve essere per questo cassata." (Vedi così ordinanza Cass. N. 19.816/2010 citata.).

Sempre sulla scia di quanto già richiamato, si condivide, altresì, l'orientamento della Cassazione di cui alla sentenza 20.292 del 20/11/2012, riportato dalla parte appellante (vedi pagina 10 comparsa conclusionale): alla luce, pertanto, dell'evoluzione giurisprudenziale sul punto, (o di una migliore interpretazione delle decisioni della Suprema Corte SS.UU. del 2008) si deve, così, ritenere che anche nel caso in esame sussista la possibilità di pervenire alla liquidazione del danno con riferimento alle sofferenze ed ai patimenti subiti dalla

In ordine, poi, alla quantificazione in esame, si rileva che proprio dalla documentazione prodotta da parte attrice/appellante si evince il patimento da essa subito e il grado di sofferenza sopportato per l'evento in questione, di cui sono anche indici sia l'assunzione da parte della di antidolorifici, sia la presenza di "algie", come correttamente indicato dalla appellante stessa.

Alla luce, pertanto, del complesso delle riflessioni sopra riportate si ritiene equo riconoscere in favore della ex art. 149 C.d.A, e tenuto conto che si è in presenza di micropermanenti, un aumento di Euro 1000,00 del danno biologico liquidato: pertanto, tale ammontare viene aggiunto alla cifra sopra già riconosciuta come dovuta per danno biologico, pari ad Euro 5142,69, cosicché, in definitiva, l'importo in esame diviene pari a Euro 6.142,69; di tale somma, però, Euro 5091,78 sono già stati corrisposti dalla appellata.

In conclusione, tenendo conto anche delle sofferenze patite, la somma che residua ancora da corrispondere alla come (residuo) danno biologico e per le sofferenze patite è quella finale di euro 1050,91 (Euro 6142,69 – Euro 5091,78 già corrisposte).



Fin qui, pertanto la [redacted] è risultata aver ancora diritto di percepire i suddetti Euro euro 1050,91, oltre ad Euro 309,66 di cui sopra.(differenza spese mediche)

L'appellante ha, infine, chiesto il riconoscimento delle spese legali extragiudiziale, rilevando che dalla documentazione versata in atti si poteva evincere, anche in via equitativa, l'attività svolta stragiudizialmente: sul punto ha richiamato la decisione della Suprema Corte n. 26.973/08, nonché quella del Tribunale di Torino n. 7800 del 30/12/2010.

Or bene, al di là di tutto, si deve in effetti rilevare che il diritto alla difesa è un diritto garantito dalla Costituzione e che nel caso ora in discussione in effetti-per la stessa delicatezza e complessità delle questioni da trattare-era comunque ed effettivamente necessario l'intervento di un legale, la cui attività si può desumere, ancorché in via indiretta, quanto meno dalle lettere prodotte in prime cure (docc. 7 e 8): tenuto conto, pertanto, di tutto ciò, si ritiene di liquidare in via equitativa la somma di euro 300,00 , considerato che la massima parte delle questioni è stata ,poi ,oggetto ed è stata sviluppata in sede di giudizio di prime cure.

In conclusione, la [redacted] ha ancora diritto di percepire la somma residua somma di Euro 1050,91,per danno biologico, comprensivo delle sofferenze patite, nonché la residua somma di Euro 309,66 per (ulteriori) spese mediche riconosciute , oltre ad Euro 300,00 per spese legali stragiudiziali.

Parte appellante, infine, ha chiesto la rivalutazione monetaria e gli interessi nella misura legale dalla data della sentenza impugnata fino al saldo effettivo: tali voci pertanto, vengono riconosciuti in suo favore, trattandosi di debito di valore, con le decorrenze specificamente ivi richieste.

Infine, si tratta di liquidare le spese processuali, per entrambi gradi del giudizio, fermo restando che per il primo grado il giudice di pace ha operato la compensazione di esse.

Or bene, tenuto conto della particolare difficoltà della principale delle questioni trattate, attinente alla proponibilità della domanda, e valutato altresì il principio della soccombenza, si ritiene che le spese di entrambi gradi del giudizio debbano essere compensate per un terzo e poste a carico di parte appellata per i residui due terzi; esse vengono liquidate, per il primo grado del giudizio, secondo le tariffe



professionali all'epoca in vigore, tenendo conto dello scaglione fino ad Euro 2.600,00, alla luce dell'importo accolto, e per questo grado del giudizio tenendo conto del D.M.140/2012, secondo lo scaglione sino ad Euro 25.000,00,(con esclusione della fase istruttoria, perché non effettuata) e con aumento del 30% delle voci per la già indicata difficoltà delle questioni trattate: per gli esposti, infine, si fa riferimento anche alla nota spese depositata; il tutto come in dispositivo.

P.Q.M.

Il Tribunale, definitivamente pronunciando, ogni diversa istanza ed eccezione disattesa o assorbita, così dispone:

-accoglie l'appello proposto da [redacted] nei confronti [redacted] Assicurazioni s.p.a., avverso la sentenza del G.d.P. avente n. 4984/2010, che riforma integralmente, e per l'effetto:

-condanna parte appellata a corrispondere a parte appellante, la residua somma di Euro 1050,91, per danno biologico comprensivo delle sofferenze morali patite, oltre alla residua somma di Euro 309,66 per spese mediche, nonché ad Euro 300,00 per spese legali stragiudiziali, con la rivalutazione monetaria secondo gli Indici Istat annuali e gli interessi nella misura legale dalla data della sentenza impugnata fino al saldo effettivo.

Condanna, altresì, parte appellata al rimborso, in favore di parte appellante, di due terzi delle spese di entrambi i gradi del giudizio, che liquida, quanto al primo grado, nella complessiva somma di euro 879,330, di cui euro 393,330 per diritti ed euro 386,660 per onorari, oltre al 12,50%T.F, Iva e cpa e- quanto al secondo grado del giudizio- nella complessiva somma di euro 1.405,00, di cui Euro 62,00 per spese, oltre I.V.A. e C.P.A.

-dichiara compensato tra le parti il residuo terzo delle spese processuali di entrambi i gradi del giudizio.



Così deciso in Torino, nella III sezione civile del Tribunale il 27/2/2013

Il Giudice

Maura Arisio