



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI NOLA
I SEZIONE CIVILE

Il Giudice, dott. Antonio Tufano, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n.

..... Antonio,
redi aventi causa, quali figli di
Rosa deceduta in data
rappresentati e difesi dalla Raffaele La Gatta Società Tra
Professionisti s.r.l., con sede in Pomigliano D'Arco alla via Terracciano n. 165, nella persona dei
soci avv. Pasqualina Spignese e avv. Paola Giglio;

ATTORI

contro

S.P.A. GENERALI ITALIA quale impresa designata per la Regione Campania alla Gestione del
Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada, in persona dei procuratori p.t., rappresentati e difesi
dall'avv
14vamente
domiciliati presso lo studio dell'avv. P.co
Franzese 1/10;

CONVENUTA

CONCLUSIONI DELLE PARTI

Con note scritte depositate per l'udienza cartolare c. [redacted] - rti in causa si sono riportate ai rispettivi scritti, chiedendone l'integrale accoglimento.

RAGIONI IN FATTO E IN DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione gli attori, riassunto il giudizio in qualità di eredi della danneggiata sig.ra [redacted] hanno agito contro Generali Italia s.p.a. nella qualità di F.G.V.S. innanzi al Tribunale di Nola onde ottenere il risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali derivanti dall'evento illecito accaduto in data 12.05.2011 in [redacted]

In particolare, gli attori, premesso di essere figli della sig. [redacted] lo, deducevano che il giorno [redacted] 011, verso le ore [redacted] circa, la madre veniva investita da un veicolo rimasto non identificato che stava percorrendo detta via con direzione Acerra centro. Per effetto dell'urto, la [redacted] veniva a terra riportando gravi lesioni personali per le quali fu necessario il trasporto presso il P.S. Villa di [redacted]. Il conducente del veicolo ignoto si allontanava facendo perdere le proprie tracce senza che nessuno dei presenti riuscisse a rilevare il numero di targa. Ritenendo pertanto che la responsabilità del sinistro fosse da ascrivere al solo conducente del veicolo dandosi alla fuga, hanno agito nei confronti di Generali Italia nella qualità di FGVS, chiedendo il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale subito dalla madre, deceduta nelle more del procedimento. Gli attori hanno inoltre asserito che nonostante la richiesta di risarcimento dei danni, inoltrata alla Generali Italia s.p.a., nella qualità di FGVS, non si era raggiunto alcun componimento della lite.

Hanno citato, pertanto, l'odierna convenuta al fine di accertare la responsabilità per colpa esclusiva del conducente del veicolo rimasto sconosciuto ex art. 283 lett. a) D.lgs. n. 209/05; di ottenere, conseguentemente, la condanna al risarcimento in favore [redacted] - e, quindi, dei suoi eredi

odierni attori – di tutti i danni subiti dalla stessa, oltre interessi e rivalutazione monetaria; con vittoria di spese con attribuzione al procuratore anticipatario.

Si è costituita la Generali Italia s.p.a. in qualità di impresa designata per la gestione del FGVS per la Campania, eccependo in via preliminare la nullità dell'atto di citazione, l'inammissibilità, improponibilità ed improcedibilità della domanda attorea, nonché il difetto di legittimazione passiva; nel merito chiedeva il rigetto della domanda in quanto infondata in fatto e in diritto; con vittoria di spese.

La presente sentenza viene redatta in conformità a quanto disposto dal nuovo testo dell'art. 132 c.p.c., così come modificato dalla legge 18 giugno 2009 n. 69 (pubblicata sulla G.U. n. 140 del 19 giugno 2009 ed in vigore dal 4 luglio 2009), mediante la concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione (omettendo lo svolgimento del processo).

Orbene, in via preliminare va rigettata l'eccezione di nullità dell'atto di citazione sollevata dalla parte convenuta per violazione dei requisiti previsti dal c.p.c., contenendo lo stesso tutti gli elementi richiesti dall'art. 163 c.p.c.

Sempre in via preliminare, va osservato che detto procedimento è sottoposto alla disciplina di cui D.lgs. n. 209/2005., il quale prevede che nelle ipotesi di intervento del FGVS, ossia quelle indicate dall'art. 283 D.lgs. cit., ai fini della proponibilità della domanda, la richiesta di risarcimento deve essere inviata oltre all'impresa designata, anche alla CONSAP. Orbene, nel caso *de quo*, dalla documentazione prodotta si evince che parte istante ha provveduto ad inviare la propria richiesta di risarcimento dei danni alla Generali Ass.ni s.p.a. nella funzione di FGVS, nonché alla C.O.N.S.A.P. con lettere a/r pervenute agli stessi in da

Risulta inoltre rispettato il termine legale di giorni sessanta (c.d. *spatium deliberandi*) dalla ricezione della raccomandata di messa in mora alla data della richiesta di notifica dell'atto di citazione avvenuta in data 12.03.2013.

Pertanto, avendo il danneggiato ottemperato al disposto di cui all'art. 287 cod. Ass. la domanda va dichiarata proponibile.

Con riguardo alla legittimazione passiva delle Generali Italia s.p.a., la prova che il presunto veicolo responsabile rientri tra quelli soggetti ad assicurazione obbligatoria può desumersi dalla prova orale espletata nel corso del procedimento, nonché dall'ulteriore documentazione presente agli atti, dalla quale si evince che ad essersi dato alla fuga dopo l'investimento fosse un autoveicolo scuro e di piccola cilindrata, come tale, quindi, soggetto all'obbligo assicurativo.

Del resto, Generali Italia ha sollevato eccezione estremamente generica sul punto.

Passando al merito della controversia, la domanda è fondata e va, quindi, accolta.

Prendendo le mosse dalla prova testimoniale, si osserva che la ricostruzione dei fatti offerta dalla teste escussa all'udienza del 28.10.2014,) (aria, risulta del tutto conforme con quanto dedotto in citazione nonché compatibile con gli ulteriori documenti in atti.

In particolare, la teste) ia ha dichiarato che la sig.ra) a "dopo essersi assicurata che non passasse alcuna macchina, aveva iniziato l'attraversamento della strada sulle strisce pedonali...allorquando è sopraggiunta un'auto ad elevata velocità che investiva mia suocera sul lato sinistro scaraventandola al suolo sul lato destro...che quando mi sono avvicinata mia suocera lamentava forti dolori alla spalla e al braccio destro...che l'auto investitrice si allontanava velocemente ed io non sono riuscita né a segnare il numero di targa né ad individuare il modello dell'auto in quanto mi sono preoccupata di soccorrere mia suocera che era a terra dolorante".

Con riguardo all'ulteriore teste) ita, essendo divenuta parte del processo a seguito del decesso della madre, originaria attrice, la deposizione resa non può essere utilizzata vantando la medesima interesse giuridicamente rilevante nella controversia ex art. 246 c.p.c.

La ricostruzione suddetta trova, altresì, conferma nel referto di pronto soccorso in cui la sig.ra _____, nell'immediatezza del fatto, ha riferito di essere stata investita in _____ vizi con omissione di soccorso.

Agli atti è, inoltre, presente copia della denuncia querela contro ignoti sporta in data _____ presso la Procura della Repubblica c/o il Tribunale di Nola.

Non da ultimo, la CTU espletata in corso di causa ha confermato la sussistenza del nesso causale tra le lesioni riportate dalla sig.ra _____ (trauma contusivo spalla ginocchio dx) ed il sinistro per cui è causa. A tal proposito, avendo particolare riguardo alle osservazioni formulate dal consulente di parte convenuta, dott. _____, circa l'assenza di lesioni in altre sedi corporee che – a suo dire – non sarebbero compatibili con la dinamica prospettata da parte attrice, va condiviso quanto evidenziato dal dott. Sodano, il quale ha precisato quanto segue: *“L'istante viene solo colpita dall'auto, la vis lesiva diretta risulta assolutamente minima, l'auto NON sormonta il corpo, non vi è contatto con altre parti dell'auto. Il momento determinante, in base all'anamnesi raccolta in sede di CTU, è il disturbo dell'equilibrio dell'istante, quindi insieme all'energia cinetica ceduta al corpo della istante dell'auto in movimento, vi è una turbativa dell'equilibrio che ne determina la caduta immediata e scomposta, caduta che proprio nel tentativo inconscio di protezione avviene in modo tale che la somma della energia cinetica e del peso del corpo si scarichi sull'arto superiore destro in maniera non adeguata provocando la frattura”*.

Si consideri altresì che secondo l'orientamento consolidato della giurisprudenza di legittimità *“Il danneggiato il quale promuova richiesta di risarcimento nei confronti del Fondo di Garanzia, sul presupposto che il sinistro sia stato cagionato da veicolo non identificato, deve, in primo luogo provare le modalità del sinistro e l'attribuibilità dello stesso alla condotta dolosa o colposa (esclusiva o concorrente) del conducente di altro veicolo e, in secondo luogo, provare anche che lo stesso sia rimasto sconosciuto. In ordine alle modalità con cui l'attore può adempiere all'onere probatorio su di lui gravante, la prova può essere fornita dal danneggiato anche sulla base di*

"mere tracce ambientali" o di "dichiarazioni orali", non essendo alla vittima richiesto di mantenere un comportamento di non comune diligenza ovvero di complessa ed onerosa attuazione, avuto riguardo alle sue condizioni psicofisiche e alle circostanze del caso concreto. In tale ottica, al fine di evitare frodi assicurative, viene richiesta anche la verifica delle condizioni psicofisiche del danneggiato e la prova della compatibilità tra le lesioni e la dinamica dell'incidente, senza che risulti tuttavia consentito pervenire a configurare a carico dello stesso un obbligo di collaborazione "eccessivo" rispetto alle sue "risorse", che finisca con il trasformarlo "in un investigatore privato o necessariamente in un querelante". La prova che il danneggiato è tenuto a fornire, riguardo al fatto che il danno sia stato causato da veicolo non identificato, può essere offerta mediante denuncia o querela presentata contro ignoti alle competenti autorità, ma senza automatismi, sicché il giudice di merito può sia escludere la riconducibilità della fattispecie a quella del danno cagionato da veicolo non identificato, pur in presenza di tale denuncia o querela, sia affermarla in mancanza della stessa" (Cassazione civile, sezione III, sentenza 26 gennaio 2016, n. 1325).

Ciò posto, in ordine alla determinazione del *quantum*, occorre tener conto che nelle more del giudizio la danneggiata è deceduta, e pertanto non può trovare applicazione la tabella in uso presso il Tribunale di Milano in tema di danno biologico. E difatti, laddove la persona deceda per causa non riconducibile all'illecito, il risarcimento da corrispondere agli eredi della danneggiata iure successionis va necessariamente parametrato alla durata effettiva della vita del danneggiato, e non a quella probabile (ovvero mediante applicazione della tabella milanese sul danno biologico, che parametrata il risarcimento sull'astratta previsione di vita media del soggetto): in tali casi, difatti, non è necessario ricorrere a calcoli probabilistici di durata della vita futura ma, partendo dal fatto noto (la morte), il risarcimento va commisurato al solo tempo effettivamente vissuto dal danneggiato prima della morte (cfr. tra le altre, Cass. 12913 del 26.6.2020; Cass. n. 10897 del 26.5.2016; Cass. n. 679 del 18.1.2016; Cass. n. 23739 del 14.11.2011; Cass. n. 2297 del 31.1.2011; Cass. n. 22338 del 24.10.2007; Cass. n. 14767 del 3.10.2003).

Del resto, poiché il danno biologico rappresenta per il soggetto che lo patisce una perdita (del bene salute), nel momento in cui questa perdita viene sofferta soltanto per alcuni mesi o anni (piuttosto che per la residua intera vita) non può darsi luogo allo stesso risultato risarcitorio.

Ciò detto, l'Osservatorio sulla giustizia civile del Tribunale di Milano ha elaborato una tabella *ad hoc* utilizzando quale parametro il rapporto tra il risarcimento medio annuo corrisposto ad ogni percentuale invalidante (secondo valori monetari individuati dalle Tabelle di Milano per la liquidazione del danno biologico) e l'aspettativa di vita media. Nello specifico, partendo dal presupposto che il danno non sia funzione costante nel tempo ma sia, piuttosto, maggiore in prossimità dell'evento per poi decrescere negli anni successivi, la tabella in oggetto individua un risarcimento medio annuo, corrispondente al rapporto tra il risarcimento medio (ovvero l'importo liquidato mediamente dalle tabelle milanesi per una data percentuale invalidante) e l'aspettativa di vita media (ovvero la vita potenziale di un soggetto di età tra 1 e 100 anni).

In applicazione della predetta tabella, pertanto, il danno venga liquidato in un importo maggiore nei primi due anni, ed in misura inferiore (ma uguale e costante) per i successivi anni di vita.

Il criterio appena evidenziato è stato a lungo seguito, sia nella giurisprudenza di merito che di legittimità. Da ultimo, tuttavia, la Corte di Cassazione – sentenza n. _____ – ha sottoposto la tabella milanese ad una severa critica, che questo scrivente ritiene di condividere per le ragioni che seguono.

Nello specifico, la Suprema Corte ha ritenuto non condivisibile la tabella milanese nella parte in cui presuppone che il danno sia ragionevolmente maggiore in prossimità dell'evento, e poi via via decrescente fino a stabilizzarsi, *“per la semplice ragione che non ha senso ipotizzare che un danno possa «decretere» nello stesso momento in cui lo si definisce, appunto, «permanente»*. Il danno biologico è definito dalla legge come permanente sul presupposto che esso scaturisca da una lesione i cui postumi, una volta stabilizzatisi, non siano più suscettibili di variazioni nel tempo”. In

altri termini, secondo la Suprema Corte, quando vi è un danno biologico permanente non può discorrersi di danno maggiore e/o minore nel tempo (al più questo discorso potrebbe riguardare il danno morale) in quanto *«permanenti» sono definiti in medicina legale quei postumi che residuano alla cessazione dello stato di malattia e sono perciò caratterizzati da una condizione di stabilità nel tempo»*.

Ciò premesso, la Cassazione ha evidenziato e dimostrato con esempi pratici come il risarcimento corrisposto in applicazione della tabella sul danno da premorienza possa portare a risultati iniqui, se raffrontati con quello che verrebbero invece riconosciuti in applicazione della tabella sul danno biologico (tenendosi ipoteticamente conto dell'effettiva durata della vita).

L'iniquità, con ogni evidenza, in tanto viene garantita in quanto a parità di durata della vita corrisponda parità di risarcimento: in assenza di tale uguaglianza di giudizio, non viene garantita quella uniformità di giudizio cui auspica la Corte di Cassazione (sin dalla sentenza n. 12408/2011).

In ragione di tali considerazioni ed in mancanza di una tabella di legge, la Corte di Cassazione, in omaggio al criterio della proporzionalità (ma non escludendo, allo stesso tempo, il ricorso a criteri diversi), ha calcolato il danno prendendo in considerazione l'importo che sarebbe spettato al danneggiato laddove fosse rimasto in vita sino al termine del giudizio (facendo quindi applicazione della tabella in tema di danno biologico), dividendola – sulla base dell'aspettativa di vita Istat – per gli anni di vita residua, e infine moltiplicandolo per un numero pari agli anni di vita effettivamente vissuta.

In applicazione di tali coordinate, la Cassazione ha pertanto affermato il seguente principio di diritto: *«qualora la vittima di un danno alla salute sia deceduta, prima della conclusione del giudizio, per causa non ricollegabile alla menomazione risentita in conseguenza dell'illecito, l'ammontare del risarcimento spettante agli eredi del defunto jure successionis va parametrato alla durata effettiva della vita del danneggiato, e non a quella statisticamente probabile. Il giudice di*

merito è tenuto a liquidare tale danno seguendo il criterio della proporzionalità, cioè assumendo come punto di partenza il risarcimento spettante, a parità di età e di percentuale di invalidità permanente, alla persona offesa che sia rimasta in vita fino al termine del giudizio, e diminuendo quella somma in proporzione agli anni di vita residua effettivamente vissuti”.

La sentenza in oggetto, che si colloca nella medesima prospettiva di recenti interventi della Suprema Corte, volti a censurare e superare la irragionevolezza delle tabelle elaborate dall'Osservatorio presso il Tribunale di Milano (cfr. sentenze nn. 10579 del 21.4.2021 e 26300 del 29.9.2021, in tema di liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale), viene condivisa dallo scrivente in quanto la tabella milanese sul danno da premorienza (ugualmente per la liquidazione del danno da perdita del rapporto parentale) non è pienamente rispettosa del principio di equità, e quindi non garantisce, in presenza di casi uguali, l'uniformità di giudizio (in quanto a seconda dell'età della vittima al momento di verifica del sinistro e dell'effettiva durata della vita si possono ottenere liquidazioni notevolmente diverse – in aumento o in diminuzione – rispetto alla liquidazione che, invece, si ottiene mediante in applicazione del criterio suggerito dalla Corte di Cassazione).

A tanto si evidenzia l'irragionevolezza della premessa da cui muove detta tabella (ovvero che il danno venga subito in misura maggiore nei primi due anni di vita, e poi via via a decrescere), contraddetta del resto dalla stessa definizione di danno permanente.

Ciò detto, e venendo al caso di specie, per la quantificazione del danno deve farsi riferimento ai risultati della consulenza tecnica medico-legale d'ufficio – da considerare pienamente attendibili essendo stati frutto di una seria, approfondita e completa disamina delle cartelle cliniche e degli esami eseguiti dai sanitari sulla paziente – che hanno riconosciuto postumi permanenti pari al 20%.

Orbene, in applicazione della tabella di Milano sul danno biologico l'importo da corrispondere ammonterebbe ad Euro 41.957: tenuto conto dell'aspettativa ISTAT di vita dell'attrice (anni 84), il

predetto importo va diviso per 11 (pari alla differenza tra 84 e 73) e moltiplicato per 9 (ovvero gli anni di sopravvivenza dell'attrice dal sinistro), per un totale di Euro 34.328,45.

Al predetto importo occorre aggiungere Euro 7.425,00 a titolo di danno biologico temporaneo, così come quantificato dal consulente tecnico d'ufficio (30 giorni di invalidità temporanea totale, 30 giorni di ITP al 75%, 30 giorni di ITP al 50% e 30 giorni di ITP al 25%), per un totale di Euro 41.753,45.

Siccome trattasi di debito di valore occorre aggiungere gli interessi al tasso legale, inizialmente calcolati sul suddetto importo devalutato secondo gli indici Istat alla data dell'evento (12.05.2011), e quindi anno per anno e a partire dal 12.05.2011 fino al momento della presente decisione sulla somma di volta in volta risultante dalla rivalutazione secondo gli indici Istat, nonché ulteriori interessi legali, sulla somma di Euro 41.753,45, dal momento della presente decisione al saldo.

Al predetto importo occorre aggiungere Euro 10,00 a titolo di spese mediche (le uniche documentate fanno riferimento alla fattura n. 823 del 4.8.2011 e alla ricevuta n. D68C4358 del 31.08.2011).

Alcun ulteriore importo può essere invece assegnato a titolo di danno morale e di personalizzazione.

Quanto al danno morale non si nega che, in effetti, secondo un orientamento giurisprudenziale (anche di legittimità), il danno morale può essere accertato anche facendo ricorso alle presunzioni e quantificato nella misura corrispondente al danno biologico accertato. Tuttavia, in tanto detta presunzione può, in ipotesi, operare, in quanto il danno morale sia stato sufficientemente allegato, ovvero la parte attrice abbia indicato in modo dettagliato le sofferenze soggettive derivanti dai fatti di causa.

Orbene, ciò premesso, nel caso di specie la domanda risulta sfornita della predetta necessaria attività di allegazione specifica: per l'effetto, va rigettata.

parimenti, va disattesa la domanda volta al riconoscimento della personalizzazione.

Si consideri sul punto che secondo la Corte di Cassazione, alla quale si intende prestare adesione, *"in presenza di una lesione della salute, potranno sì aversi le "conseguenze dannose più diverse, ma tutte inquadrabili teoricamente in due gruppi", ovvero, "conseguenze necessariamente comuni a tutte le persone che dovessero patire quel particolare tipo di invalidità" e "conseguenze peculiari del caso concreto, che abbiano reso il pregiudizio patito dalla vittima diverso e maggiore rispetto ai casi consimili". Orbene, se tutte tali conseguenze, indifferentemente, "costituiscono un danno non patrimoniale", resta inteso che "la liquidazione delle prime tuttavia presuppone la mera dimostrazione dell'esistenza dell'invalidità", laddove "la liquidazione delle seconde esige la prova concreta dell'effettivo (e maggior) pregiudizio sofferto". In questo quadro, pertanto, "la perdita possibilità di continuare a svolgere una qualsiasi attività, in conseguenza d'una lesione della salute, non esce dall'alternativa: o è una conseguenza «normale» del danno (cioè indefettibile per tutti i soggetti che abbiano patito una menomazione identica), ed allora si terrà per pagata con la liquidazione del danno biologico; ovvero è una conseguenza peculiare, ed allora dovrà essere risarcita, adeguatamente aumentando la stima del danno biologico", attraverso la sua "personalizzazione". Ne consegue, pertanto, che l'operazione di "personalizzazione" impone "al giudice far emergere e valorizzare, dandone espressamente conto in motivazione in coerenza alle risultanze argomentative e probatorie obiettivamente emerse ad esito del dibattito processuale, specifiche circostanze di fatto, peculiari al caso sottoposto ad esame, che valgano a superare le conseguenze «ordinarie» già previste e compensate dalla liquidazione forfettizzata assicurata dalle previsioni tabellari" (Cass. n. 14364 del 27.5.2019).*

In altri termini, secondo la Suprema Corte l'importo liquidato a titolo di danno biologico (in questo caso, meglio definito danno da premorienza) contiene già in sé tutte le sofferenze normalmente derivanti da quella derivata lesione; per poter liquidare importi diversi e superiori occorrerà pertanto fornire la prova delle particolari circostanze che sorreggono una tale decisione.

Stante la mancata allegazione (e di conseguenza la mancata prova) sul punto, anche detta domanda va disattesa.

Le spese di lite seguono la soccombenza: nel disattendere la nota spese degli attori, si precisa che la liquidazione viene effettuata in ragione dei criteri delineati dal D.M. 55/2014, come modificato, del valore per cui la domanda risulta effettivamente accolta, della complessità della controversia e delle difese espletate dalle parti in causa.

Le spese di CTU vengono definitivamente poste a carico della convenuta.

P.Q.M.

Il Tribunale in composizione monocratica, definitivamente pronunciando, così provvede:

- Accoglie la domanda per i motivi e nei limiti di cui in parte motiva, e per l'effetto condanna Generali Assicurazioni s.p.a. al pagamento di Euro 41.753,45, all'attualità, oltre gli interessi al tasso legale, inizialmente calcolati sul suddetto importo devalutato secondo gli indici Istat al 12.5.2011, e quindi anno per anno e a partire dal 12.5.2011 fino al momento della presente decisione sulla somma di volta in volta risultante dalla rivalutazione secondo gli indici Istat, nonché ulteriori interessi legali, sulla somma di Euro 41.753,45, dal momento della presente decisione al saldo, nonché Euro 10,00 per spese mediche, oltre interessi legali dal dì della sentenza e sino al soddisfo;
- Condanna Generali Assicurazioni s.p.a. al pagamento delle spese di lite, che si liquidano in Euro 590,00 per spese ed Euro 6.000,00 per compensi, oltre IVA, CPA e rimborso forfettario spese generali (15%) come per legge, da distrarsi in favore dei procuratori costituiti;
- Pone definitivamente le spese di CTU a carico di Generali Assicurazioni s.p.a..

Nola, 26 maggio 2022

Il Giudice

(dott. Antonio Tufano)