

Sentenza n. /2019 pubbl. il 07/05/2019

RG n. 1/2012

Repert. n. /2019 del 07/05/2019

SENT. /19  
R.G.A.C. /12

CRON. /19

REP. /19

27

REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO  
TRIBUNALE ORDINARIO di ROVIGO  
SEZIONE CIVILE

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. ssa Barbara Vicario, ha pronunciato la seguente

DISC.  
PUBBL. 07 MAG 2019

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g.

omossa da:

(cf

) rappresentato e difeso

dall'avv. Gianluca Ballo come da mandato a margine dell'atto di citazione

contro: Attori ipotesi  
di responsabilità  
attore  
extra contrattuali

contro

**HDI ASSICURAZIONI S.P.A.**, in persona del legale rappresentante *pro-tempore*, rappresentata e difesa dall'avv. , come da mandato in calce alla copia notificata dell'atto di citazione

convenuta

**SOCIETA' COOPERATIVA A R.L.**,

convenuto contumace

(cf

), rappresentato e difeso

dall'avv. , come da procura a margine della comparsa di costituzione e risposta

convenuto

**CARIGE ASSICURAZIONI S.P.A.**

Terzo chiamata in causa contumace

Oggetto: risarcimento danno da circolazione stradale

Conclusioni rassegnate alle parti alle udienza del 10.10.2018 come in atti.

**Esposizione delle ragioni di fatto e di diritto**

Con atto di citazione del 19.1.2012

conveniva in giudizio

l'HDI Assicurazioni s.p.a.,

Cooperativa a r.l. e

al fine di ottenere la loro condanna solidale al pagamento della somma complessiva di Euro 372.467,47, a titolo di risarcimento dei danni (biologico, morale e patrimoniale), subiti a seguito di un sinistro avvenuto in data 5.5.2010. In particolare, l'attore esponeva: che il giorno 5.5.2010 alle ore 11 circa si trovava, a piedi, lungo la via Roma di Porto Viro in prossimità di un'area di

cantiere mentre attendeva una partita di serramenti con componenti in vetro da parte della ditta convenuta Cooperativa a r.l.”; che mentre si trovava vicino alla parte posteriore dell'autocarro “Fiat Iveco” targato

di proprietà della citata cooperativa e condotto da a causa del cedimento della “pedana idraulica”/ “sponda caricatrice” del mezzo, adibita al carico/scarico delle merci, veniva violentemente colpito alla spalla sinistra da un blocco di serramenti che si trovavano su di essa; che, in conseguenza dell'impatto, riportava lesioni fisiche con riflessi anche sulla propria capacità lavorativa specifica e danni quantificati come da perizia di parte allegata.

Nessuno si costituiva per Società Cooperativa a r.l.

Si costituiva la Hdi Assicurazioni s.p.a., proponendo istanza di chiamata in causa ex art. 269 c.p.c. della Carige Assicurazioni s.p.a (per cui la prima udienza veniva differita). In particolare, assumeva la mancanza di copertura assicurativa dell'autocarro della Cooperativa in quanto il premio assicurativo era stato pagato dall'attore il giorno dell'incidente ossia il 5.5.2010 ossia oltre il termine di scadenza previsto per il pagamento della rata semestrale con scadenza fissata al 14.4.2010. Eccepiva il difetto di legittimazione attiva dell'attore in quanto le operazioni di carico e scarico all'interno del cantiere non sarebbero attività riconducibili alla assicurazione obbligatoria e deduceva, inoltre, l'esistenza di una coassicurazione indiretta ex art. 1910 c.c. (la Carige Assicurazioni chiamata in causa) con conseguente inoperatività, anche sotto questo profilo, della polizza assicurativa. Contestava l'avversa domanda in ordine sia all'an che al *quantum debeat*.

All'udienza del 9.11.2012 il precedente giudice dichiarava la contumacia di conducente dell'autocarro e alla successiva udienza del 5.4.2013 dichiarava la contumacia anche della terza chiamata in causa Carige Assicurazioni s.p.a.

Nel corso del giudizio si costituiva (con revoca della contumacia).

La causa, istruita mediante interrogatorio formale del convenuto prova per testi e ctu medico-legale, veniva trattenuta in decisione alla udienza del 10 ottobre 2018 previa concessione alle parti dei termini ex art. 190 c.p.c. per il deposito di comparse conclusionali e di memorie di replica.

\*\*\*

La domanda è fondata nei limiti di seguito indicati.

Si ritiene, preliminarmente, di esaminare le eccezioni della convenuta assicurazione HDI Assicurazioni s.p.a.

La convenuta Assicurazioni s.p.a. assume l' inoperatività dell'assicurazione obbligatoria per la r.c.a. essendosi il sinistro prodotto durante le operazioni di carico e scarico della "merce" trasportata dall'autocarro di s.c. a. r.l. a causa dell'improvviso cedimento della pedana idraulica ed essendo il sinistro avvenuto in prossimità di un cantiere.

Tale eccezione non può essere accolta.

Occorre innanzitutto ricordare che il concetto di circolazione stradale e di strada ad uso pubblico o area a questa equiparata, di cui all'art. 122 Codice Assicurazioni private, vanno interpretati, conformemente al consolidato orientamento della Corte di Cassazione, in senso ampio: *"Il concetto di circolazione stradale di cui all'art. 2054 c.c. include anche la posizione di arresto del veicolo e ciò in relazione sia all'ingombro da esso determinato sugli spazi addetti alla circolazione, sia alle operazioni propedeutiche alla partenza o connesse alla fermata, sia, ancora, rispetto a tutte le operazioni che il veicolo è destinato a compiere e per il quale può circolare sulle strade. Ne consegue che per l'operatività della garanzia per R.C.A. è necessario che il veicolo, nel suo trovarsi sulla strada di uso pubblico o sull'area ad essa parificata, mantenga le caratteristiche che lo rendano tale in termini concettuali e, quindi, in relazione alle sue funzionalità non solo sotto il profilo logico ma anche delle eventuali previsioni normative, risultando invece indifferente l'uso che in concreto se ne faccia, sempreché esso rientri nelle caratteristiche del veicolo medesimo."* (Sez. U, Sentenza n. 8620 del 29/04/2015).

Di recente, Cass. S.U. n. 8620/15 ha confermato la nozione ampia di circolazione, comprensiva anche di quella "statica", sia in relazione all'ingombro del veicolo determinato sugli spazi addetti alla circolazione, sia in relazione alle operazioni eseguite in funzione della partenza o connesse alla fermata, sia ancora con riguardo a tutte le operazioni cui il veicolo è destinato a compiere e per il quale esso può circolare nelle strade (nel caso concreto esaminato, si trattava di una gru ferma, il cui braccio elevatore aveva sollevato un cassone metallico caduto sulla vittima).

Deve considerarsi pertanto in "circolazione" anche il veicolo fermo sulla pubblica via per operazioni di carico o scarico. Invero, l'azione diretta nei confronti dell'assicuratore del responsabile spetta al danneggiato quando il sinistro sia avvenuto in un'area che, sebbene privata, possa equipararsi alla strada di uso pubblico, in quanto aperta a un numero indeterminato di persone, che vi hanno accesso giuridicamente lecito, pur se appartenenti a una o più categorie specifiche e pur se l'accesso avvenga per finalità peculiari e in particolari condizioni. (Principio affermato in una fattispecie relativa ad un cantiere, cui potevano accedere coloro che vi lavoravano e chi aveva rapporti commerciali con l'impresa: Cass. civ. 11/06/12, n. 9441).

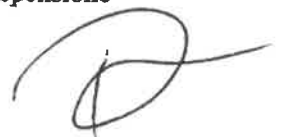
Nel caso di specie, assume rilevanza la circostanza che il mezzo condotto dal Nardella, nelle circostanze di luogo e di tempo relative al sinistro (come emerse dalla istruttoria e che saranno di seguito meglio evidenziate), era impegnato nelle operazioni di carico scarico di bancali di serramenti su strada pubblica aperta ad un numero indeterminato di veicoli; tra l'altro, allo stesso era stata anche contestata la violazione degli articoli 161 e 180 del CDS per la mancata rimozione del veicolo fuori dalla carreggiata con conseguente intralcio alla circolazione veicolare, ad ulteriore conferma che l'autocarro si trovava nella pubblica via e soggetto alle regole della circolazione e con conseguente operatività della assicurazione obbligatoria per la r.c.a. (cfr doc. 3 fascicolo convenuto ).

L'assicurazione HDI ha eccepito, inoltre, la carenza di legittimazione passiva (o meglio, più correttamente, potrebbe qualificarsi come difetto di titolarità passiva del rapporto dedotto in giudizio) per mancanza di copertura assicurativa dell'autocarro al momento del sinistro.

L'eccezione va accolta.

Preliminarmente va riferito che la circostanza del pagamento del premio ha natura di fatto costitutivo del diritto risarcitorio del danneggiato nei confronti diretti dell'assicuratore, talché, la sua carenza costituendo mera difesa può essere legittimamente fatta valere dall'assicuratore - senza incorrere nel divieto previsto dall'art. 18 l. n. 990 del 1969 - nei confronti del danneggiato, senza una specifica dimostrazione in mancanza di prova contraria dell'attore (Cass., 06-06-1987, 4960/1987).

In diritto, l'art. 1901 c.c. prevede la sospensione della garanzia assicurativa, in via immediata se non viene corrisposto il primo premio (1 comma), e la sospensione



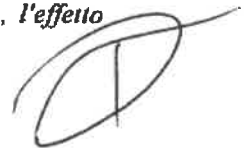
invece dopo un periodo di tolleranza di quindici giorni in caso di mancato pagamento dei premi successivi (2 comma).

Nel sinallagma funzionale del rapporto assicurativo, infatti, la disposizione dell'art. 1901 cod. civ., comma 2 introduce un duplice obbligo a carico delle parti: il primo, riguardante l'assicurato, è di pagare le rate di premio successive alla prima entro il termine di scadenza prorogabile fino a 15 giorni. pena la sospensione della garanzia assicurativa (a decorrere dal sedicesimo giorno); il secondo, a carico dell'assicuratore, è quello di sopportare il decorso del suddetto termine di 15 giorni, prima di considerare l'assicurato in stato di mora e, quindi, di sentirsi svincolato dall'obbligo di pagamento dell'indennità, derivante da sinistro verificatosi nel periodo di mora -successivo al quindicesimo giorno- dell'assicurato (cfr. Corte cass. Sez. 1, Sentenza n. 630 del 23/01/1987), con la conseguenza che se il rischio si verifica durante il decorso dei quindici giorni, l'assicuratore è tenuto ad indennizzare il danno, anche se il premio non venga successivamente pagato (cfr. Corte cass. Sez. 3, Sentenza n. 15801 del 06/07/2009), trovando il proprio corrispettivo, la protrazione quindicinale della garanzia assicurativa prevista ex lege, nel pagamento del premio precedente (il cui ammontare viene determinato dalla impresa assicurativa anche tenendo conto anche del periodo indicato).

In particolare, in materia di assicurazione obbligatoria della responsabilità civile, la questione che si pone riguarda, dunque, l'effetto del mancato pagamento del rateo del premio totale nel caso in cui sia stata scelta, come nel caso di specie, una rateizzazione del premio contrattuale.

Dalla lettura del dato normativo (art. 127 del dlgs 209/2005) si ricava che l'assicurazione è tenuta nei confronti del terzo danneggiato per il periodo indicato nel certificato assicurativo, salvo quanto disposto dall'art. 1901 comma 2 c.p.c. per il quale per i premi (o rate di premio successive alla prima) successivi al primo l'assicurazione resta sospesa in caso di mancato pagamento dalle ore 24 del 15 giorno dopo quello di scadenza; in tale ipotesi il contratto di assicurazione è in quiescenza ma non vi è copertura assicurativa.

La giurisprudenza di legittimità è chiarissima in merito: *"In tema di assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore, per le scadenze successive al pagamento del primo premio (o della relativa prima rata) di cui all'articolo 1901, secondo comma, cod. civ., l'effetto*

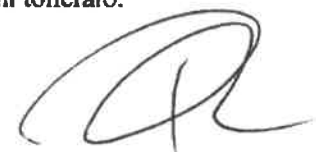


*sospensivo dell'assicurazione per l'ipotesi di pagamento effettuato dopo il quindicesimo giorno dalla scadenza della rata precedente cessa a partire dalle ore 24.00 della data del pagamento e non comporta l'immediata riattivazione del rapporto assicurativo dal momento in cui il pagamento è stato effettuato, trovando applicazione analogica la disposizione del primo comma del medesimo articolo - dettata per l'ipotesi del mancato pagamento del primo premio o della prima rata - secondo cui l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Ne consegue che ove il premio successivo al primo sia stato pagato dopo la scadenza del periodo di tolleranza di giorni quindici di cui all'articolo 1901 cod. civ. (espressamente richiamato nell'articolo 7 della L. 24 dicembre 1969, n. 990), la garanzia assicurativa non è operante per il sinistro verificatosi il giorno stesso del pagamento." (Cassazione, sentenza 31.10.2014, n. 23149). Ed inoltre: "In tema di assicurazione obbligatoria r.c.a., il mancato pagamento del premio entro il quindicesimo giorno dalla scadenza del periodo indicato nel certificato o contrassegno assicurativo, rende il veicolo privo della copertura assicurativa; ne consegue che, ove il sinistro stradale si verifichi dopo il quindicesimo giorno, il danneggiato dovrà richiedere il risarcimento dei danni direttamente al fondo di garanzia vittime della strada" (Cassazione, sentenza 21.02.2013, n. 4353).*

Dai documenti prodotti dall'assicurazione si evidenzia la stipula tra il convenuto Cooperativa e la Assicurazioni HDI del contratto di assicurazione dal 14.4.2009 al 14.4.2010 con previsione del pagamento semestrale; la rata con scadenza 14.4.2010 (relativamente al periodo di copertura indicato nel contrassegno 14.4.2010/14.10.2010 risulta essere stata pagata il giorno 5.5.2010 alle ore 7.30 e dunque sia oltre il termine di scadenza della rata del 14.4.2010 sia oltre il quindicesimo giorno di tolleranza e l'incidente risulta avvenuto il 5.5.2010 alle ore 11 (cfr doc. 2 e 3 fascicolo convenuta HDI).

Tra l'altro, nel certificato di assicurazione in atti espressamente è scritto "*periodo per il quale è stato pagato il premio dalle ore 24.00 del 14.4.2010 alle ore 24 del 14.10.2010 ... premio pagato il 5.5.2010 ore 7,30, salvo il disposto dell'art. 1901 c.c. comma 2 se ne ricorrono le condizioni*".

Il certificato di assicurazione indica, dunque, come periodo di copertura assicurativa il semestre 14 aprile 2010/14 ottobre 2010 ove è compresa la data del sinistro (5.5.2010) avvenuto però dopo termine di quindici giorni tollerato.



Dunque, la compagnia assicuratrice ha fornito la prova della modalità di pagamento del premio di polizza (semestrale), la natura di rata successiva del pagamento e dunque la riconduzione della fattispecie concreta nella disciplina della disposizione indicata ossia 1901 comma 2 (ritardato pagamento della rata successiva alla prima).

Di conseguenza, il tardivo pagamento del rateo di assicurazione, ha determinato la validità della garanzia dalla ore 24 del 5.5.2010, come peraltro previsto dall'articolo 1901 cc come richiamato dall'articolo 127 del decreto legislativo 205/2009 e la insussistenza della garanzia per l'incidente verificatosi il 5.5.2010 ore 11 circa.

Ne consegue l'accoglimento della eccezione della assicurazione e dunque il rigetto della domanda attorea nei suoi confronti.

Passando ad analizzare i profili connessi all' *an debeatur*, con particolare riferimento alle responsabilità del proprietario del veicolo contumace e del conducente nella causazione dell' infortunio, si osserva quanto segue.

In diritto, l'art. 2054, comma 1, c.c. attribuisce al conducente di un veicolo senza guida di rotaie la responsabilità dei danni cagionati dalla circolazione del veicolo, se non prova di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno. Si configura una fattispecie di responsabilità diretta o per fatto proprio fondata su una presunzione relativa di colpa del conducente e si verifica un'inversione dell'onere della prova sotto il profilo soggettivo, nel senso che non compete al danneggiato provare la colpa del conducente del veicolo, come invece previsto in via ordinaria dall'art. 2043 c.c., bensì spetta a quest'ultimo, di cui si presume la responsabilità, dimostrare di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno.

In sostanza, il danneggiato dalla circolazione dei veicoli deve provare: il verificarsi del sinistro; il verificarsi del danno alla persona e/o a cose; il nesso di causalità tra la condotta del conducente ed il danno subito.

Spetta, invece, al conducente dimostrare, per essere esonerato da responsabilità, di aver diligentemente osservato le norme del codice della strada e le regole di comune prudenza e diligenza ossia di avere osservato tutte le norme della circolazione stradale, nonché tutte le precauzioni che una persona di normale avvedutezza avrebbe adottato nelle particolari circostanze della fattispecie concreta. In particolare, l'esclusione della responsabilità del conducente può

risultare, oltre che dalla prova diretta di aver tenuto un comportamento esente da colpa e del tutto conforme alle norme del codice della strada, anche dall'accertamento che il comportamento della vittima è stato il fattore causale esclusivo dell'evento dannoso, inevitabile dal conducente con l'adozione di efficienti manovre di emergenza.

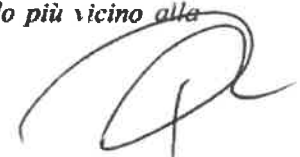
Il comma 3 dell'art. 2054 c.c. statuisce invece che *“Il proprietario del veicolo, o, in sua vece, l'usufruttuario o l'acquirente con patto di riservato dominio, è responsabile in solido con il conducente, se non prova che la circolazione del veicolo è avvenuta contro la sua volontà”*.

Per quanto attiene alla prova liberatoria, il proprietario non deve limitarsi a dimostrare di essere stato contrario a che altri prendesse il bene, ma deve provare di aver fatto tutto quanto necessario per impedire che altri lo usasse, sì che la circolazione dovrà dirsi avvenuta contro la sua volontà.

In sostanza, il proprietario deve dimostrare, per essere esonerato da responsabilità, non già un mero difetto di assenso, bensì di avere adottato un concreto ed idoneo comportamento specificamente inteso a vietare o impedire l'illecita utilizzazione del bene, mediante l'impiego di cautele tali che la volontà del proprietario non possa essere superata (Cass. 14194/02).

Applicando tali principi nel caso di specie, all'esito dell'istruttoria orale e sulla base delle produzioni documentali allegate, va evidenziato *in primis* come la dinamica del sinistro descritta dall'attore abbia trovato conferma.

Il teste di parte attrice , operaio presente al momento dell'accaduto, ha confermato che il giorno 5.5.2010 alle ore 11 l'attore si trovava a piedi lungo la strada in prossimità di un cantiere ed attendeva lo scarico di una partita di serramenti da parte della ditta di autotrasporti società Cooperativa a r.l. *“lavoro per la stessa impresa dove lavora stavamo aspettando lo scarico di serramenti non nel cantiere ma sulla strada”*); ha confermato che il conducente dell'autocarro era posizionato in corrispondenza del fianco del pianale dell'autocarro “Fiat Iveco” di cui trattasi (in corrispondenza della apposita posizione di comando) e che procedeva alla manovra di scarico della partita di serramenti dall'autocarro della società cooperativa a r.l. precisando *“si vero stava manovrando dal fianco del camion”*); ha specificato che l'attore non si era avvicinato all'autocarro *“non si è avvicinato ma eravamo vicini tutti insieme, il signor era quello più vicino alla*





pedana", ha confermato che il convenuto manovrava elettricamente la pedana elettrica carica di serramenti e "ad un certo punto la pedana ha ceduto, il pacco di serramenti si è sbilanciato ed è caduto addosso al signor . Il pacco di serramenti è tipo un parallelepipedo imballato" precisando che "l'ambulanza non è stata chiamata per quanto ricordo ma una socia del signor ha chiamato uno dei soci dell'impresa che ha portato in ospedale". Ha confermato che le operazioni di carico scarico e poi il fatto dannoso era avvenuto sulla pubblica via "non c'era posto nel cantiere"... "la pedana è situata nel posteriore del camion e presenta pistoni e leve che vengono manovrati dal fianco del camion".

Le circostanze riferite trovano ulteriore conferma nelle dichiarazioni del teste commerciante presente al momento del fatto: "io ero presente. Stavo attendendo lo scarico della merce perché mi occupavo della vendita e del montaggio degli infissi in quale cantiere. Ho conosciuto il signor proprio su quel cantiere (...) l'autista che scaricava la partita di serramenti era il signor che in quel momento stava manovrando la pedana idraulica, io mi trovavo a circa due metri; era proprio dietro l'autocarro, aspettando i serramenti che scendevano per accompagnarli con la mano. Io e gli altri eravamo un po' più spostati a circa due metri ... è successo che la pedana ha fatto uno scatto facendo sbilanciare il carico che è caduto giù e ho visto il carico abbattersi sulla spalla sinistra del signor . Non ricordo bene, ma credo che si trattasse non del primo bancale che si scaricava, ma del secondo o terzo bancale (...) "si vedeva che il signor si era fatto male, non ho seguito cosa è successo dopo, non ho chiamato ambulanze e non ho accompagnato in ospedale il signor .

In sede di interrogatorio formale il convenuto ha confermato che il giorno 5.5.2010 alle ore 11 l'attore si trovava a piedi lungo la strada in prossimità di un cantiere ed attendeva lo scarico di una partita di serramenti da parte della ditta di autotrasporti società Cooperativa a r.l; ha spiegato l'accaduto nei seguenti termini "in quel momento mi trovavo a manovrare la sponda idraulica, ho fatto scendere la prima pedana, e l'ho messa giù, ho appeso la seconda, e l'ho messa giù, e poi quando ho messo sulla sponda idraulica la terza pedana è scoppiato il tubo idraulico della sponda idraulica, ..... io non ho visto nessuno dietro l'autocarro perché ero voltato di spalle, (...) ho visto chiaramente la

*pedana cedere e cadere giù ma non ho visto se la pedana sia caduta sulla spalla del signor ... di qualcun altro ... io non ho visto nessuno, in quanto al momento della caduta della pedana sono arrivati i vigili e mi hanno portato in disparte sulla parte opposta per redigere il verbale e hanno chiesto se si era fatto male qualcuno, ma io non ho visto nessuno farsi male per la caduta della pedana.* Ha dichiarato che sull'autocarro era presente il tagliandino ma non ha saputo riferire in merito al fatto che l'assicurazione sapeva che al momento del premio era in corso il trasporto di merce.

Dalle risultanze istruttorie concordi sul punto, si può pertanto ritenere provato che il luogo in cui si trovava l'autocarro era sulla pubblica via, che il manovrava la pedana dell'autocarro ed eseguiva le operazioni di carico scarico dei serramenti.

Ad avviso di questo giudice, dunque, il danneggiato ha fornito la prova su di lui incombente anche in punto di incidenza casuale nella determinazione dell'evento delle condotte di mentre i convenuti non hanno fornito la prova liberatoria nei termini sopraindicati, per cui il sinistro è ascrivibile alla condotta colposa del (conducente dell'autocarro che avrebbe dovuto avere maggiore diligenza ed accortezza nell'eseguire le operazioni di carico e scarico non emergendo prova liberatoria che la caduta fosse avvenuta per altro motivo). Rammentando che la disposizione di cui all'art. 2054 c.c. ascrive al conducente la responsabilità dei danni cagionati dalla circolazione del veicolo e che il proprietario è solidalmente responsabile se non prova che la circolazione del veicolo è avvenuta contro la sua volontà, preme osservare che nel caso in esame alcuna prova contraria è stata offerta dal proprietario del veicolo in tal senso. Risulta, pertanto, provata anche la responsabilità di

Con riferimento poi alla domanda della convenuta Assicurazioni nei confronti di Carige Assicurazioni chiamata in causa la stessa deve ritenersi assorbita dal rigetto della domanda attorea nei confronti di Hdi Assicurazioni. In ogni caso, sebbene tra il convenuto e la Carige Assicurazioni risulta la stipula di una polizza (polizza n. in atti doc. 4 fascicolo ) l'art. 1 delle condizioni di polizza indica come oggetto dell'assicurazione il risarcimento per perdita o avaria delle cose trasportate. Orbene, nella fattispecie è documentalmente acclarato ed incontestato che la citata copertura assicurativa non

opera relativamente al sinistro di cui trattasi che non attiene al danno da perdita o avaria delle cose trasportate. Dunque, non sussiste la coincidenza del rischio assicurato (che presupporrebbe la sovrapposibilità delle due polizze in termini di coperture), elemento costitutivo della citata disposizione normativa

Passando ai profili di quantificazione dei danni si osserva quanto segue.

Dalla espletata C.T.U. medico legale, le cui conclusioni si fanno proprie perché esaurienti sotto profilo logico-tecnico e frutto di indagini accurate e tecnicamente corrette è emerso che l'attore, in seguito al sinistro del 5.5.2010, subiva un trauma alla spalla sinistra per effetto di materiale edile caduto da un mezzo di trasporto riportando una lesione e in particolare "frattura pluriframmentaria dell'omero sinistro a livello prossimale che necessita di intervento chirurgico-ortopedico correttivo con mezzo di osteosintesi parziale del tipo Humelock" ... e che a tutt'oggi gli esiti della lesione risultano riscontrabili mediante ricerca strumentale radiologica e visibilmente residua cicatrice per intervento correttivo alla spalla sinistra".

Il ctu è pervenuto alle seguenti conclusioni riconoscendo:

- inabilità temporanea assoluta di giorni 30 dal 6.5.2010 al 5.6.2010
- inabilità temporanea parziale, al 75%, di giorni 60 fino al 4.8.2010;
- inabilità temporanea parziale al 50% di giorni 60 fino al 3.10.2010;
- inabilità temporanea parziale al 25% di giorni 26
- postumi permanenti nella misura del 18%

Sulla base di tali conclusioni spetta pertanto al danneggiato il risarcimento del danno non patrimoniale complessivamente inteso in relazione sia alla lesione dell'integrità psicofisica temporanea e permanente tutelata dall'art. 32 Cost. sia alla sofferenza soggettiva cagionata dal reato di lesioni colpose astrattamente ravvisabile nel caso di specie, liquidate in via equitativa e, trattandosi di lesioni macropermanenti, facendo uso, quanto alla componente della lesione all'integrità psicofisica del sistema tabellare milanese aggiornato allo stato attuale (sul primato del sistema meneghino si veda, da ultimo, Cass. Civ. n. 20292/2012; Cass. Civ. n. 19376/2012).

Quanto ai danni non patrimoniali meritevoli di risarcimento, alla luce dei recenti arresti delle Sezioni Unite della Suprema Corte (vd., tra l'altro, Cass. Civ., Sez. Un., 11.11.2008, N. 26972), è il caso di premettere che:



il danno non patrimoniale deve essere inteso nella sua accezione più ampia di danno determinato dalla lesione di interessi inerenti alla persona non connotati da rilevanza economica; la norma di riferimento (art. 2059 c.c.) è norma di rinvio, che rimanda alle leggi, che determinano i casi di risarcibilità del danno non patrimoniale (vd. art. 185 c.p., vd. i casi previsti da leggi ordinarie); al di fuori dei casi espressamente determinati dalla legge, in virtù del principio della tutela minima risarcitoria spettante ai diritti costituzionali inviolabili, la tutela è estesa ai casi di danno non patrimoniale prodotto dalla lesione di diritti inviolabili della persona riconosciuti dalla Costituzione; va ricondotto nell'ambito dell'art. 2059 c.c. anche il danno da lesione del diritto inviolabile alla salute (art. 32 Cost.), c.d. danno biologico; nell'ambito della categoria generale del danno non patrimoniale, il c.d. danno morale non individua una autonoma sottocategoria di danno, ma tra i possibili pregiudizi non patrimoniali descrive un tipo di pregiudizio, costituito dalla sofferenza soggettiva anche transeunte; lo stesso è a dirsi per il c.d. danno esistenziale, categoria, che, al pari dell'altra, ha funzione descrittiva, descrivendo, in particolare, il pregiudizio alla vita di relazione; il risarcimento del danno alla persona deve essere integrale, nel senso che il pregiudizio deve essere interamente ristorato, ma si devono evitare duplicazioni; determina duplicazione di risarcimento la congiunta attribuzione del danno biologico e del danno morale, tanto più ove questo venga liquidato in percentuale del primo; lo stesso è a dirsi per il cumulo del danno morale e di quello esistenziale, poiché la sofferenza patita nel momento in cui la perdita è percepita e quella che accompagna l'esistenza del soggetto che l'ha subita altro non sono che componenti del complesso pregiudizio, che va integralmente ed unitariamente ristorato; la riduzione della capacità lavorativa generica, non attiene alla produzione del reddito, ma si sostanzia, in quanto lesione di un'attitudine o di un modo d'essere del soggetto, in una menomazione dell'integrità psico-fisica risarcibile quale danno biologico, idonea a giustificare una liquidazione personalizzata del danno alla persona rispetto alle indicazioni tabellari c.d. standard. Secondo il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità, infatti, la capacità lavorativa generica rileva quale parametro "areddituale", ossia come elemento che attiene alla qualità ed alla integrità della salute umana rientrando nell'aspetto del danno non patrimoniale costituito dal danno biologico (in tal senso, tra le altre, Cass., 22 febbraio 2002 n. 2589; Cass., 25 agosto 2014, n. 18161; Cass., 6 agosto 2004, n. 15187).



Nella specie, la documentazione medica versata in atti e la consulenza medico – legale predisposta dal perito d'ufficio danno adeguatamente conto della ricorrenza di un danno biologico causalmente riconducibile al sinistro per cui è causa.

Si ritiene di non procedere ad un aumento a titolo di **personalizzazione del danno**.

A tale proposito, ritiene il Giudicante come la personalizzazione sia questione prima di tutto di allegazione e di valutazione di merito, più che di valutazione tecnica demandata al CTU medico-legale. Difatti, sul tema, è stato enunciato il principio per cui le circostanze di fatto che giustificano la personalizzazione integrano un "*fatto costitutivo*" della pretesa, sicché devono essere allegate in modo circostanziato già nell'atto introduttivo del giudizio e non possono risolversi in mere enunciazioni generiche, astratte od ipotetiche (Cass. Civ., Sez. 3, N. 24471 del 18/11/2014). Il punto fondamentale è che il grado di invalidità permanente espresso da un "barème" medico legale esprime la misura in cui il pregiudizio alla salute incide su tutti gli aspetti della vita quotidiana della vittima, restando preclusa la possibilità di un separato ed autonomo risarcimento di specifiche fattispecie di sofferenza patite dalla persona, quali il danno alla vita di relazione e alla vita sessuale, il danno estetico e il danno esistenziale; solo in presenza di circostanze specifiche ed eccezionali, tempestivamente allegate dal danneggiato, le quali rendano il danno concreto più grave, sotto gli aspetti indicati, rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti dai pregiudizi dello stesso grado sofferti da persone della stessa età, è consentito al giudice, con motivazione analitica e non stereotipata, incrementare le somme dovute a titolo risarcitorio in sede di personalizzazione della liquidazione (Cass. Civ., Sez. 3, N. 23778 del 07/11/2014).

Nel caso di specie, non v'è allegazione né prova di circostanze specifiche ed eccezionali che rendano il danno patito in concreto più grave rispetto alle conseguenze ordinariamente derivanti da pregiudizi analoghi, rilevandosi che, appunto non sono state compiutamente né allegate, né provate circostanze specifiche di danno maggiore e che tale onere non può consistere in un mero richiamo all'utilizzo di presunzioni, valevole altrimenti per ogni caso di sinistro come quello oggetto di causa e divenendo, altrimenti, il potere discrezionale del Giudice del merito sul punto troppo ampio e trasformando, nella sostanza, la

personalizzazione, in un'applicazione senza limiti del potere equitativo del giudice, con elevato rischio di duplicazione dei danni da risarcire.

Sicché, facendo riferimento alle tabelle milanesi, considerando l'età dell'attore al momento del sinistro (52 anni), ai fini della liquidazione del danno biologico, il danno non patrimoniale complessivamente patito dall'attore va quantificato in euro **65.373,00**.

Al creditore di una obbligazione di valore spetta anche il risarcimento del danno ulteriore causato dal ritardato adempimento; nel caso in esame gli interessi sono stati espressamente richiesti. La base del calcolo è costituito non dal credito in moneta attuale (cfr Cass., sezioni unite 17.12.1995 n. 1712) ma dal credito originario via via rivalutato anno per anno. Al momento del deposito della sentenza l'obbligazione di valore si trasforma in obbligazione di valuta e produce, altresì, interessi legali fino al pagamento. Pertanto, gli importi sopra indicati, liquidati all'attualità vanno devalutati alla data del sinistro (5.5.2010) e successivamente rivalutati.

Nessun riscontro, invece, può essere dato alla spesa domanda di risarcimento del danno patrimoniale da lucro cessante per riduzione della capacità lavorativa specifica (sottoposto di regola a un rigoroso onere probatorio) asseritamente subito dall'attore. Infatti, la Corte di Cassazione, con orientamento costante (tra le tante, Cass., 27 aprile 2010, n. 10074; Cass., 15 luglio 2011, n. 15674; Cass., 5 febbraio 2013, n. 2644; Cass., 12 febbraio 2013, n. 3290), ha enunciato il principio per cui l'accertamento di postumi, incidenti con una certa entità sulla capacità lavorativa specifica, non comporta automaticamente l'obbligo del danneggiante di risarcire il pregiudizio patrimoniale conseguente alla riduzione della capacità di guadagno derivante dalla diminuzione della predetta capacità e, quindi, di produzione di reddito, occorrendo, invece, ai fini della risarcibilità di un siffatto danno patrimoniale, la concreta dimostrazione, anche tramite presunzioni, che la riduzione della capacità lavorativa si sia tradotta in un effettivo pregiudizio economico. In effetti, *“la riduzione della cosiddetta capacità lavorativa specifica non costituisce danno in sé (danno-evento) ma rappresenta invece una causa del danno da riduzione del reddito (danno-conseguenza), per cui, una volta provata la riduzione della capacità di lavoro, non può ritenersi automaticamente e meccanicisticamente provata l'esistenza d'un danno patrimoniale. ove il danneggiato non dimostri concretamente, anche per mezzo di presunzioni*



*semplici, l'esistenza d'una conseguente riduzione della capacità di guadagno"* (v. Cass Sez. III 21.4.1999 n.3961, Cass. Sez. III 3.5.1999 n.4385).

Né tale presunzione potrebbe essere fondata sul fatto del riconoscimento della rendita Inail riguardando la stessa l'ambito della capacità lavorativa generica.

Ne consegue che, nella fattispecie, l'incidenza dei postumi sull'espletamento dell'attività lavorativa deve essere considerata non sotto l'aspetto patrimoniale (capacità futura di produzione di reddito) ma in relazione alla maggiore difficoltà - valutata in termini di usura delle condizioni psicofisiche - che il soggetto incontra nel mantenere lo stesso livello quali-quantitativo di lavoro antecedente al sinistro.

Tale ulteriore compromissione della sfera psicofisica, quindi, deve trovare un adeguato ristoro solo quale componente del danno biologico, inteso quale menomazione della complessiva integrità psico-fisica della persona, in sé e per sé considerata e già compresa nella liquidazione del danno non patrimoniale.

Per quanto riguarda il danno patrimoniale e le spese mediche sostenute, occorre richiamare quanto accertato sul punto dalla CTU svolta in corso di causa, a cui il Giudicante ritiene di aderire per l'assenza di vizi logici e per la completezza e l'eshaustività dell'accertamento svolto ritenendo congrue le spese mediche per un totale di euro 2.500 somme tuttavia non soggette a rivalutazione, in quanto debiti di valuta.

Alla luce di tutte le precedenti considerazioni, in favore di \_\_\_\_\_ va pertanto riconosciuta la complessiva somma di Euro **67.873,00** (di cui Euro **65.373,00** a titolo di danno non patrimoniale ed Euro **2.500** a titolo di danno patrimoniale).

Per quanto riguarda la somma da portare in scomputo occorre rilevare quanto segue. Ovvero, si tratta di stabilire se vi sia ancora spazio per il cd. danno differenziale e, in caso affermativo, con quali modalità provvedere alla detrazione delle somme erogate dall'INAIL a titolo indennitario.

Sulla questione, si sono contrapposte in giurisprudenza tre diverse opinioni: una prima, secondo cui *"il danno biologico cui ha riguardo la normativa previdenziale non può sostanzarsi in concetto ontologicamente distinto da quello cui ha riguardo la normativa civilistica"* (Trib. MI 9.6.2009 nr. 7515);



una seconda, secondo cui la detrazione di quanto erogato dall'INAIL deve effettuarsi senza distinzione di poste e, quindi, detraendo dal danno biologico "civilistico" quanto erogato dall'INAIL tanto per l'indennizzo del danno biologico che di quello patrimoniale (cfr ad es. Trib. VI 4.5.2007 nr. 80);

una terza, secondo cui va mantenuta l'omogeneità dei valori a confronto e, quindi, *"non si può decurtare il danno biologico civilistico, appartenente all'ampia categoria del danno non patrimoniale, per effetto di importi che afferiscono invece a pregiudizio patrimoniale, ristorati con indennizzo INAIL"* (cfr C. App. VE 21.7.2011; Trib. GE 10.3.2009).

La terza interpretazione è apparsa progressivamente preferibile, essendo quella maggiormente rispettosa del principio del netto bipolarismo tra danno patrimoniale e danno non patrimoniale fatto proprio dalle SS.UU. della S.C. con le richiamate sentenze del novembre 2008. Né argomenti di segno contrario possono trarsi dall'insegnamento di Cass. sez. III, 25.5.2004 nr. 10035 - secondo la quale l'art. 10, commi 6 e 7, del D.P.R. 1124/65 prevede il risarcimento del danno *"solo nella misura differenziale derivante dal raffronto tra l'ammontare complessivo del risarcimento e quello delle indennità liquidate dall'I.N.A.I.L. in dipendenza dell'infortunio"* - dal momento che la sentenza (peraltro massimata in modo equivoco, secondo quanto già rilevato da C.App. VE 21.7.2011) faceva riferimento alla disciplina anteriore all'entrata in vigore del D.L.vo 38/2000 e, quindi, aveva operato la detrazione con esclusivo riferimento al danno patrimoniale. In particolare, occorre rilevare come gli ultimissimi approdi della giurisprudenza di legittimità, abbiano esattamente recepito la terza impostazione. A tale riguardo, per chiarezza espositiva, appare preferibile riportare una parte del testo della sent. della Corte di Cassazione n. 17407/2016, in cui la Suprema Corte spiega i motivi alla base della preferibilità della terza soluzione, sancendo quelle che sono le fondamentali linee guida in punto di scomputo della rendita INAIL dal danno non patrimoniale civilistico.

Si legge infatti: *"applicando dunque i suddetti criteri per il calcolo del c.d. danno differenziale, ne discende che, per quanto riguarda il danno biologico permanente, non v'è dubbio che la nozione civilistica di tale pregiudizio (desumibile dall'art. 138 cod. ass., che secondo questa Corte è espressione d'un principio generale) coincida con la nozione assicurativa (D.Lgs. 23 febbraio 2000, n. 38, art. 13). Il calcolo differenziale andrà dunque effettuato sottraendo*






*dal credito risarcitorio civilistico l'importo pagato dall'Inail per la stessa voce. A tal fine deve tuttavia ricordarsi che, per le invalidità permanenti superiori al 16%, l'Inail paga all'assicurato una rendita. L'importo di questa rendita è stabilito dalla Tabella che costituisce l'Allegato 5 al dm. 12.7.2000. Il valore risultante dalla suddetta tabella è poi maggiorato di un quid variabile in funzione del reddito della vittima. Ciò è stabilito dal D.Lgs. n. 38 del 2000, art. 13, comma 2, lett. (b), secondo cui: le menomazioni di grado pari o superiore al 16 per cento danno diritto all'erogazione di un'ulteriore quota di rendita (...) commisurata (...) alla retribuzione dell'assicurato (A per l'indennizzo delle conseguenze patrimoniali.*

*L'ulteriore quota di rendita è calcolata moltiplicando la retribuzione del danneggiato per un coefficiente stabilito dall'Allegato 6 al D.M. 12 luglio 2000. Così, ad esempio, per le menomazioni dal 26% al 35% la rendita è aumentata moltiplicando la retribuzione della vittima per il coefficiente 0,6; mentre per le menomazioni dal 36% al 50% la rendita è aumentata moltiplicando la retribuzione della vittima per il coefficiente 0,7. L'incremento della rendita per danno biologico, di cui all'art. 134, comma 2, lettera (b), del d.lgs 23.2.2000 n. 38 costituisce un indennizzo del danno patrimoniale da perdita della capacità di lavoro.*

*Tanto si desume: (a) in primo luogo dalla lettera della legge, la quale espressamente afferma che l'ulteriore quota di rendita di cui si discorre è erogata per l'indennizzo delle conseguenze patrimoniali della lesione della salute; (b) dal principio c.d. di areditualità del danno biologico. Quest'ultimo, infatti, consiste nella lesione all'integrità psicofisica, suscettibile di valutazione medico legale, della persona", e deve essere indennizzato "in misura indipendente dalla capacità di produzione del reddito del danneggiato" (così il D.Lgs. n. 38 del 2000, art. 13, comma 1, cit.). Da tali principi deve desumersi che qualsiasi incremento del risarcimento dovuto dall'INAIL per il danno biologico patito dal lavoratore, che sia agganciato al reddito della vittima, abbia lo scopo di ristorare il pregiudizio patrimoniale da compromissione della capacità di lavoro e di guadagno, perchè sarebbe altrimenti incompatibile con la natura aredituale del risarcimento del danno biologico. Pertanto, quando ricorrano i presupposti di fatto di cui al D.Lgs. 38 del 2000, art. 13, comma 2, lett. (b), l'INAIL liquida all'avente diritto un indennizzo in forma di rendita che ha veste unitaria, ma duplice contenuto:*



*con quell'indennizzo, infatti, l'INAIL compensa sia il danno biologico, sia il danno patrimoniale da perdita della capacità di lavoro e di guadagno. Da quanto esposto consegue che quando la vittima di un illecito aquiliano abbia percepito anche l'indennizzo da parte dell'INAIL, per calcolare il danno biologico permanente differenziale è necessario:*

*(a) determinare il grado di invalidità permanente patito dalla vittima e monetizzarlo, secondo i criteri della responsabilità civile, ivi inclusa la personalizzazione o danno morale che dir si voglia, attesa la natura unitaria ed onnicomprensiva del danno non patrimoniale;*

*(b) sottrarre dall'importo sub (a) non il valore capitale dell'intera rendita costituita dall'INAIL, ma solo il valore capitale della quota di rendita che ristora il danno biologico (come già ritenuto da questa Corte: Sez. 3, Sentenza n. 13222 del 26.6.2015)".* La sentenza suddetta è stata poi ripresa e confermata dalla successiva giurisprudenza di legittimità (si veda, ad es., Cass. 26973/2017).

Quindi, ben si comprende come dal danno non patrimoniale riconosciuto civilisticamente vada detratto solo il valore capitale della rendita INAIL corrispondente al danno biologico liquidato dall'INAIL, escludendosi la detrazione della quota di rendita relativa al ristoro del danno patrimoniale corrispondente alla perdita della capacità di guadagno.

Come noto, la detrazione va fatta solo prendendo in considerazione il valore capitale della suddetta parte di rendita INAIL.

A questo proposito, il Giudicante ritiene corretto e preferibile prendere in considerazione direttamente il valore capitale della rendita INAIL corrispondente al danno biologico, per come espresso nel prospetto di liquidazione INAIL in atti ossia **23.644,36**.

Ciò che conta, in punto di esattezza dei calcoli e degli scomputi, è far sì che il soggetto abbia un ristoro giusto ed equo, ma evitando di riconoscere allo stesso locupletazioni o aumenti dei ristori, alla luce del divieto di locupletazione ricavabile dall'ordinamento giuridico in relazione agli artt.1223, 1226 e 2056 del c.c. (in tema di risarcimento del danno) (tra le tante, in questo senso, Cass. 14941/2012; Cass. S.U. 12565/2018).

Per dare luogo ad uno scomputo che sia il più verosimile e realistico possibile, occorre fare applicazione del valore capitale per come conteggiato dall'INAIL,

facendo quel valore riferimento propriamente alle somme che INAIL ha previsto di corrispondere al soggetto leso.

Difatti, ragionando *a contrario*, in astratto, se il soggetto non ricevesse riconoscimento alcuno da parte di un provvedimento giudiziale del danno non patrimoniale vantato, riceverebbe solo e soltanto la rendita prospettata e prevista dall'INAIL, senza alcun tipo di altro conteggio o scomputo.

La manipolazione del valore della rendita INAIL per come prevista nel prospetto INAIL, darebbe luogo ad un ingiustificato arricchimento e ad una locupletazione dei guadagni in capo al soggetto leso, cosa non ammissibile, vista la cospicua giurisprudenza di legittimità e di merito in punto di divieto di locupletazione dei ristori, anche in considerazione del fatto che il soggetto leso ha già ricevuto una parte della rendita anno per anno, e l'ha ricevuta propriamente applicando il valore previsto e liquidato da INAIL. Non si può quindi detrarre una somma inferiore rispetto al valore capitale indicato da INAIL, altrimenti, in concreto, si finirebbe per incidere e manipolare anche ciò che INAIL ha già versato al soggetto leso.

Non si fa quindi luogo ad applicazione della capitalizzazione ex R.D. 1403/1922. Tuttavia, dovendosi far luogo ad uno scomputo di poste omogenee, considerando che il danno non patrimoniale viene liquidato in sentenza sulla base di valori attuali, occorre far luogo alla rivalutazione della rendita INAIL all'attualità, ottenendo il valore di euro **25.866,93**.

Si hanno quindi i seguenti valori omogenei e tutti rivalutati all'attualità:

danno non patrimoniale: **65.373,00**

rendita INAIL: **25.866,93**

Occorre a questo punto, per ottenere il danno differenziale domandato dall'attore, sottrarre dal danno non patrimoniale riconosciuto, il valore capitale della rendita INAIL, ottenendo un valore finale pari ad euro **39.506,07**.

Sulla somma così derivante andrà calcolato anche il lucro cessante per il mancato godimento della somma liquidata a titolo di risarcimento, somma che - ove posseduta *ex tunc* - sarebbe stata presumibilmente investita per ricavarne un lucro finanziario. Tale importo va determinato equitativamente ex art.2056 cod.civ. secondo il costante orientamento giurisprudenziale (cfr. Cass. Sez. Un. 17.2.1995 n.1712) con il metodo seguente: a base di calcolo va posta non la somma sopra liquidata per ciascuno anno( cioè rivalutata ad oggi) ma l'originario importo

19



rivalutato anno per anno secondo indici ISTAT; su tale importo va applicato un saggio di rendimento equitativamente prescelto, nella fattispecie interessi legali; tale saggio va computato sul predetto importo dalla data dell'evento dannoso ad oggi.

Dal momento della sentenza sino all'effettivo soddisfo dovranno essere corrisposti, sulla somma liquidata all'attualità, gli ulteriori interessi al tasso legale. Sull'importo riconosciuto a titolo di rimborso spese sono dovuti i soli interessi legali dalla mora al soddisfo.

#### **Spese processuali**

Le spese tra l'attore ed i convenuti Società Cooperativa a r.l. e seguirà la soccombenza e sono poste a carico dei predetti convenuti in solido e liquidate come in dispositivo facendo applicazione dei parametri medi di cui al D.M. 55/2014 calcolato sul *quantum* riconosciuto.

Nulla sulle spese tra la convenuta HDI Assicurazione s.p.a. e la terza chiamata Carige Assicurazioni s.p.a. attesa la contumacia di quest'ultima.

Per il resto, alla luce della controvertibilità delle questioni giuridiche affrontate, anche alla luce della peculiarità dei rapporti processuali sorti per effetto delle domande (ed eccezioni) reciprocamente proposte e dell'affidamento del terzo danneggiato sulla sussistenza della copertura assicurativa, le spese tra parte attrice e la convenuta HDI Assicurazione devono ritenersi integralmente compensate.

Le spese di CTU medico-legale così come già liquidate nel corso del giudizio graveranno nella misura del 50%(percento) tra i convenuti Società Cooperativa s.r.l. e

#### **P.Q.M.**

Il Tribunale di Rovigo, definitivamente pronunciando nella causa di cui in epigrafe, ogni diversa istanza, eccezione e deduzione disattesa, così provvede:

dichiara la contumacia di Società Cooperativa a.r.l.;

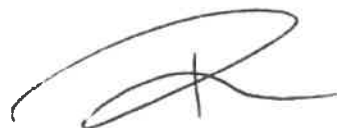
in parziale accoglimento della domanda proposta accerta la

responsabilità solidale di Società Cooperativa a.r.l. e

per il sinistro oggetto di causa;

accerta che a causa del sinistro oggetto di causa l'attore ha subito un danno non patrimoniale pari ad euro 65.373,00;

accoglie, per quanto di ragione, la domanda attorea e, per l'effetto, condanna i convenuti Società Cooperativa a.r.l. e , in solido, a



corrispondere all'attore, a titolo di risarcimento del danno c.d. differenziale, detrando dal danno non patrimoniale sopra indicato, quindi, la rendita INAIL corrispondente al danno biologico, la somma di euro 39.506,07, oltre interessi al tasso legale dalla data del fatto (5.5.2010) ad oggi sulla predetta somma, come devalutata alla data del fatto secondo gli indici ISTAT dei prezzi al consumo delle famiglie di operai ed impiegati e, quindi, rivalutata anno per anno fino ad oggi secondo il medesimo indice; dal di della sentenza sino all'effettivo soddisfo sono dovuti gli ulteriori interessi al tasso legale sulla somma liquidata all'attualità;

condanna i convenuti Società Cooperativa a.r.l. e in solido, a corrispondere all'attore, a titolo di risarcimento del danno patrimoniale, le somme di euro 2.500, oltre interessi al tasso legale dalla mora al soddisfo;

rigetta ogni altra domanda ed eccezione;

condanna Società Cooperativa a.r.l. e , in solido, al pagamento delle spese processuali in favore di parte attrice, che liquida in euro 13.430 per compenso professionale, euro 1056 per contributo unificato, oltre 15% spese generali, iva e cpa come per legge;

nulla sulle spese tra l' assicurazione HDI s.p.a. e la terza chiamata Carige Assicurazione s.p.a.

compensa tra le restanti parti le spese di lite;

pone le spese di CTU medico-legale nella rispettiva misura del 50%(percento) a carico dei convenuti e ;

Così deciso, in Rovigo, 26 aprile 2019

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dr.ssa GIULIANA GIROTTA

DEPOSITATO IN CANCELLERIA  
Rovigo, il 07 MAG 2019

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dr.ssa GIULIANA GIROTTA

Il Giudice  
Barbara Vicario