



ORIGINAL F B

UFFICIO DEL GIUDICE DI PACE
BOLOGNA

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Giudice di Pace di Bologna, sez. II, avv. Ettore Braccio, ha pronunciato la seguente:

SENTENZA

Nella causa civile iscritta al n. 5661/2012 R.G.A.C.C., avente ad oggetto: Oggetto *PJ364 CATA U.*
risarcimento danni da sinistro stradale, promossa

da
attivamente domiciliato in San Lazzaro di Savena (BO) alla
via Emilia n. 3, presso lo studio dell'avv. Marco Bordoni dal quale è rappresentato
e difeso come da mandato margine dell'atto di citazione,

Attore

La società
Contro
e

Convenuti contumaci

sulle conclusioni rassegnate all'udienza del 10.10.2013, come da verbale di causa da intendersi
qui integralmente richiamate, la causa veniva trattenuta in decisione.

Omessa la esposizione dei fatti ex art. 132 cpc e 181 disp. Att. cpc, come novellati dalla legge
69/2009 di riforma.

MOTIVI DELLA DECISIONE

La domanda è fondata e va accolta nei limiti che di seguito verranno precisati.

Va subito precisato che trattasi di sinistro stradale provocato da tamponamento da parte
dell'autovettura Citroen Saxo targato *li* proprietà e condotta dalla *...*
assicurata per la RCA presso la compagnia *...* spa, nei confronti
dell'autovettura che la precedeva tipo Smart targata *...* di proprietà e condotta
nell'occasione dall'attore *...* assicurata a sua volta per la RCA presso la compagnia
... che a seguito di tale sinistro i conducenti dei mezzi coinvolti redigevano e regolarmente
sottoscrivevano il modulo di constatazione amichevole di sinistro stradale, descrivendo la dinamica
del sinistro, i mezzi coinvolti e le relative responsabilità, che veniva depositato in atti in copia e non
contestato.

Ciò premesso, va doverosamente precisato che l'art. 143, punto 2. del Nuovo Codice delle
Assicurazioni (D.Lgs 209 del 2005), così recita: "Quando il modulo sia firmato congiuntamente da
entrambi i conducenti coinvolti nel sinistro si presume, salvo prova contraria da parte dell'impresa
di assicurazione, che il sinistro si sia verificato nelle circostanze, con le modalità e con le
conseguenze risultanti dal modulo stesso".

Da quanto risulta in atti e durante il presente procedimento la convenuta compagnia di assicurazione non ha dato prova contraria al fine di smentire quanto dichiarato congiuntamente dai conducenti dei veicoli venuti in collisione, e pertanto deve presumersi che in effetti i fatti si siano svolti così come risultante dalla dichiarazione di incidente stradale congiuntamente firmata dai conducenti venuti in collisione.

Va ulteriormente precisato che la convenuta compagnia di assicurazione non si costituiva in giudizio, e che si costituiva, invece, la compagnia di assicurazione che garantisce l'autovettura dell'attore il quale, già precedentemente e con propria nota raccomandata ar del 25.10.2011, precisava che non intendeva valersi della procedura del c.d. "indennizzo diretto" di cui al D.P.R. 18 luglio 2006, n. 254, per cui anche in seguito, e con successiva raccomandata ar del 26.10.2012 rifiutava la somma di €. 1.550,00 inviatagli dalla propria compagnia di assicurazione, restituendo l'assegno e precisando ancora una volta che non intendeva valersi della procedura di indennizzo diretto avendo anche già attivato il relativo procedimento giurisdizionale nel silenzio della propria precedente nota di messa in mora inviata alla del 25.10.2011, già citata sopra.

Rilevava ancora l'attore che il precedente tentativo di conciliazione esperito presso gli organismi accreditati si era concluso con verbale negativo per mancata accettazione della proposta da parte della quale non faceva pervenire alcuna comunicazione in merito alla proposta formulata.

A tutto quanto sopra deve aggiungersi anche che la dinamica sull'an ha trovato definitiva conferma anche da parte della stessa convenuta, sig.ra la quale, pur rimanendo contumace nel procedimento, ha presenziato in udienza per rispondere al deferito interrogatorio formale, ed in tale sede ha chiaramente e senza incertezza alcuna, confermato la dinamica del sinistro, come descritta nel modulo CID allegato in atti in copia, riconoscendo così la propria esclusiva responsabilità.

Accertata la dinamica dei fatti di causa e le relative responsabilità, si rendeva ora necessario accertare gli effettivi danni fisici lamentati dall'attore e la loro compatibilità con la dinamica del sinistro e l'uso dei presidi protettivi.

L'attore, non quantificava l'effettivo risarcimento richiesto in moneta, ma dichiarava di aver subito un danno biologico nella misura del 3-4%, con una invalidità temporanea totale di gg. 10, una invalidità temporanea parziale al 50% di gg. 20 ed un ulteriore periodo di invalidità temporanea parziale al 25% di gg. 20.

Sulla scorta di tali premesse veniva disposta una consulenza medica d'ufficio al fine di accertare le effettive lesioni subite dall'attrice e la loro compatibilità con la dinamica del sinistro e l'uso dei presidi protettivi, al fine di quantificarne l'effettivo risarcimento dovuto.

Il CTU, dopo aver sottoposto a visita medica l'attore, ed esaminata tutta la documentazione medica dallo stesso prodotta in originale, come disposto dal giudice, concludeva che il sig.

a causa del sinistro del 15.10.2011 ebbe a riportare: "trauma discorsivo al rachide cervicale", in assenza di stati patologici preesistenti o sopravvenuti che abbiano influenzato il decorso e l'evoluzione delle lesioni medesime, fissando in gg. 10 l'inabilità temporanea parziale al 75%, in gg. 15 l'inabilità temporanea parziale al 50%, e in gg. 20, l'inabilità temporanea parziale al 25%, con un danno biologico dell'1,5%, un pregiudizio esistenziale da considerarsi "lieve" ed €. 456,61 per spese mediche regolarmente fatturate e ritenute congrue in relazione alle lesioni subite, precisando ancora che le suddette lesioni risultano compatibili con l'uso delle cinture di sicurezza.

Sulla scorta delle suddette risultanze mediche, vanno applicate le disposizioni dettate dal Nuovo Codice delle Assicurazioni dal D.lgvo 209/2005, ed in particolare, dall'art. 139, punto 1. Lett. a) e alla tabella riportata al punto 6. della detta disposizione, tenendo conto, inoltre, degli aggiornamenti annualmente disposti con decreto del Ministro dello Sviluppo Economico del 06.06.2013, tutt'ora vigente, pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 138 del 14.06.2013, che fissa in €. 791,95 l'importo relativo al valore del primo punto di invalidità, e in €. 46,20 l'importo relativo ad ogni giorno di inabilità assoluta, in misura corrispondente alla variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo delle famiglie di operai ed impiegati accertata dall'ISTAT, come

disposto al punto 5. della citata norma, mentre per quanto concerne invece l'età che l'attore aveva al momento del sinistro, occorre calcolare il coefficiente demoltiplicatore, in ragione dello 0,5 per cento per ogni anno di età a partire dall'undicesimo anno, come disposto dall'art. 1, punto a), della citata norma, ed in conseguenza, e considerato che l'attore al momento del sinistro, aveva 37 anni, il coefficiente corrispondente da applicare è 0,865, ne consegue che all'attore va riconosciuto l'importo di €. 346,50 per ITP al 75% per gg. 10 (10x46,20x0,75); €. 346,50 per ITP al 50% per gg. 15 (15x46,20x0,50), ed €. 231,00 per ITP al 25% per gg. 20 (20x46,20x0,25), ed infine, €. 1.078,93 per il danno biologico all'1,5% , (791,95x0,865x1,05x1,5) il tutto per un totale di €. 2.002,93 a cui andranno aggiunti €. 400,58 per danno morale calcolato nella misura di 1/5 del biologico in ragione della sofferenza considerata di lieve entità valutata dal CTU, ed €. 456,61 per spese mediche effettivamente sostenute e documentate e ritenute congrue dal CTU, derivandone così un totale di €. 2.860,12 per tutti i danni fisici patiti dall'attore; a tali somme va aggiunta anche la spesa sostenuta per il tentativo di conciliazione a sui la convenuta compagnia non ha inteso aderire, calcolati, come da documentazione allegata in atti, in €. 132,30, deriva none così un totale complessivo dovuto di €. 2.992,42.

Sulle somme così determinate, relativamente al solo danno biologico, già rivalutate sulla scorta del citato decreto Ministeriale, decorreranno ulteriori interessi legali dalla data della sentenza fino al soddisfo; deve, invece, escludersi la possibilità di una rivalutazione monetaria per il periodo successivo alla decisione, perché con la liquidazione della somma dovuta a titolo di risarcimento del danno il debito di valore diviene debito di valuta (Cass., sez. III, sent. n. 4983/2004; Cass., sez. III, sent. n. 5287/1980), con correlata applicazione del principio nominalistico e del disposto di cui all'art. 1224 c.1 c.c. (salva la prova di un maggior danno ex art. 1224 c.2 c.c.). E' ben vero che in giurisprudenza è stato recentemente chiarito come, nell'ipotesi di ritardato adempimento delle obbligazioni di valuta, il maggior danno di cui all'art. 1224 c.2 c.c. possa ritenersi esistente in via presuntiva in tutti i casi in cui, durante la mora, il saggio medio di rendimento netto dei titoli di Stato con scadenza non superiore a dodici mesi sia stato superiore al saggio degli interessi legali (Cass., Sez. Un., sent. n. 19499/2008): tuttavia, atteso il principio dispositivo nel processo civile di cognizione, la circostanza in oggetto - ove in concreto sussistente - deve comunque essere allegata dalla parte e non può essere rilevata d'ufficio; si tratta, peraltro, di un maggior danno solo eventuale, che attiene all'ipotesi in cui gli obbligati non provvedano tempestivamente alla corresponsione della somma dovuta successivamente alla pubblicazione della presente decisione, sempre che sussistano gli ulteriori presupposti sostanziali indicati dalla citata giurisprudenza (secondo il criterio presuntivo cui si faceva riferimento).

Sulla scorta di tutto quanto sopra la domanda dell'attore deve essere accolta, nella misura come sopra precisato, con contestuale condanna della convenuta compagnia di assicurazione all'integrale risarcimento dei danni, fisici dallo stesso subiti, e conseguente condanna delle spese di giudizio, secondo il valore della causa come emerso alla sua definizione e calcolate secondo le tabelle fissate con il D.M del Ministro della Giustizia 20.07.2012 n. 140.

P.Q.M.

Il Giudice di Pace, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta da
contro la società spa e , così decide,


- Dichiarata accertati i fatti causa e la contestuale responsabilità esclusiva della convenuta e conseguentemente condanna, la convenuta compagnia di assicurazione, spa, in persona del suo legale rappresentante p.t., al pagamento in favore dell'attore della somma di €. 2.403,51 comprensiva di danno morale, come meglio e dettagliatamente documentato in motivazione, maggiorata di ulteriori interessi legali dalla data della sentenza fino al soddisfo; oltre ad €. 456,61 per spese mediche documentate e ritenute congrue dal CTU, ed €. 132,30 per spese per il procedimento di mediazione esperito, sulle quali decorreranno gli interessi legali dalla data dell'esborso all'effettivo soddisfo;

• Pone definitivamente a carico della convenuta compagnia di assicurazione, in persona del suo legale rappresentante p.t., le spese della espletata CTU; in ragione dell'effettivo esborso sostenuto dall'attore anticipatario al quale andranno integralmente rimborsate;

• Condanna, infine, la convenuta società, in persona del suo legale rappresentante p.t., in favore dell'attore, al pagamento delle spese del presente procedimento, liquidate in ragione del valore della causa come emerso alla sua definizione e calcolate secondo le tabelle fissate con il D.M del Ministro della Giustizia 20.07.2012 n. 140, che liquida in complessivi €. 1.475,00 come da prospetto che segue: fase di studio, €. 450,00; fase introduttiva, €. 225,00; fase istruttoria, €. 400,00, e fase decisoria, €. 400,00 oltre spese di iscrizione a ruolo, notifica e intimazione a testi, CNA ed IVA come per legge.

Bologna, 22.10.2013

Il Giudice di Pace
avv. Ettore Braccio



Depositato in Cancelleria

il 17 FEB. 2014

IL CANCELLIERE
Dott. Rosella Estardo

