



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI PADOVA
SECONDA SEZIONE CIVILE

Il Giudice dott. Gianluca Bordon, al termine della discussione, dando lettura in udienza ex art. 281 sexies c.p.c. del dispositivo e delle ragioni di fatto e di diritto della decisione, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di appello iscritta al ruolo al n. 4707/2014 R.G., promossa con atto di citazione notificato da

_____ rappresentato e
difeso dall'avvocato domiciliatario _____ con studio in _____

appellante

contro

dall'avvocato domiciliatario _____

_____ rappresentato
con studio in _____

appellato

OGGETTO: appello avverso la sentenza del Giudice di Pace di Padova 3 aprile 2014, n. 396/14

CONCLUSIONI DELL'APPELLANTE: NEL MERITO: *contrariis reiectis*, riformarsi la sentenza impugnata nel senso di condannare l'appellata a risarcire l'appellante di tutti i danni patiti e patiendi, nessuno escluso, che risulteranno di giustizia, compreso il danno biologico permanente, le spese mediche tutte e con le spese processuali (comprehensive di ctu) di entrambi i gradi di

giudizio rifusi; oltre a interessi legali da di del dovuto al saldo. Spese e onorari rifusi

CONCLUSIONI DELL'APPELLATO: rigettarsi l'appello proposto per tutti i motivi esposti e per l'effetto confermarsi la sentenza di primo grado

MOTIVI DELLA DECISIONE

1. Con sentenza del Giudice di Pace di Padova 3 aprile 2014, n. 396/14

- assicurazione del vettore - è stata condannata al pagamento in favore del trasportato , a titolo di risarcimento del danno, della somma 669,35, già detratto l'acconto ricevuto. Le spese di c.t.u. sono state suddivise fra le parti e le spese del giudizio compensate.

2. Con l'atto di appello ha chiesto che la sentenza sia riformata con riferimento a) al danno biologico permanente; b) le spese mediche e c) le spese processuali. Dopo aver premesso che oggetto del contenzioso era unicamente il quantum spettante al danneggiato a seguito del sinistro stradale dell'8 luglio 2012, l'appellante ha lamentato:

2.1 il mancato riconoscimento del danno da invalidità permanente perché non risultante da un esame strumentale, nonostante il c.t.u. avesse confermato l'esistenza di un danno biologico permanente del 2% sulla base dell'accertamento obiettivo compiuto;

2.2 il mancato riconoscimento - non motivato nella sentenza - delle spese mediche per visite ortopediche e fisioterapiche oggetto dei preavvisi di fattura Fisiomed s.a.s., per complessivi euro 1.588,96;

2.3 di essere risultato totalmente vincitore. L'esigua differenza fra la somma spettante e quella già liquidata, oltre a essere errata, non giustificava la suddivisione delle spese dell'accertamento medico legale e la compensazione del-



le spese di c.t.u..

3. Il Tribunale di ... ha resistito all'appello deducendo:

3.1 che il Giudice di Pace aveva correttamente interpretato e applicato l'art. 139 C.d.A. come novellato dalla legge 27/12, ritenendo che non debbano più essere riconosciute quelle lesioni, per lo più frutto di allegazioni di sintomatologia dolorosa da ritenersi plausibili in fase iniziale, non aventi alla loro origine un vero e proprio rilievo clinico strumentale obiettivo che possa giustificare la permanenza nel tempo di una sintomatologia algico-disfunzionale;

3.2 che il mancato riconoscimento delle spese mediche trovava giustificazione nelle considerazioni del c.t.u. secondo cui a) erano stati presentati dei meri preavvisi di pagamento emessi da ... s.; b) si trattava di prestazioni mediche attuabili in regime di convenzione. Secondo l'appellato non era stata presentata adeguata documentazione a sostegno degli esborsi sostenuti dal danneggiato;

3.3 che, nella sostanza, all'esito del giudizio era stato riconosciuta la somma di euro 184,35 a ristoro dei danni fisici subiti, oltre alle spese di c.t.p. maturate in corso di causa. Giustamente il Giudice aveva operato una compensazione delle spese stante l'esigua differenza tra la somma spettante e quella liquidata, anche perché si trattava di un importo che ben avrebbe potuto essere quantificato e versato se la controparte avesse prestato la sua collaborazione.

4. Il motivo di appello relativo al danno da invalidità permanente è fondato. Appare necessario soffermarsi preliminarmente, tenuto conto delle argomentazioni sviluppate dalla compagnia di assicurazione, sulle due nuove disposizioni legislative introdotte in tema di lesioni di lieve entità.

4.1 La Legge 24.3.12, n. 27 sulla limitazione alla risarcibilità delle micro

permanenti contiene disposizioni di carattere prettamente interpretativo riferibili rispettivamente al danno biologico permanente (art. 139, II co. C.d.A.: "... In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente") e al danno alla persona in genere (art. 32 co. III quater L. 27/12: "Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione") e quindi, di fatto, al danno biologico temporaneo. A dispetto del diverso tenore letterale, le due norme sono sostanzialmente sovrapponibili, perché usano perifrasi per esprimere gli stessi concetti, e hanno la finalità d'individuare un criterio ermeneutico da utilizzarsi ai fini del riscontro dell'esistenza delle lesioni. L'intento del legislatore, quale risulta anche dalla relazione illustrativa della novella, è evitare risarcimenti in caso di effetti lesivi "meramente soggettivi" e cioè solo riferiti dal paziente e non obiettivamente constatabili, per scongiurare eventuali speculazioni del danneggiato. Il legislatore richiama il medico e il giudice alla necessità di un accertamento rigoroso delle lesioni, ricordando che possono valorizzarsi ai fini risarcitori solo lesioni suscettibili di accertamento medico legale. Non è affatto necessario interpretare la novella nel senso di aver posto la legge contro la scienza medica e nemmeno nel senso che il legislatore abbia voluto determinare una modalità esclusiva nell'accertamento della lesione del danno alla salute. Un'interpretazione letterale delle disposizioni porterebbe a risultati non accettabili, perché escluderebbe, senza alcuna giustificazione, la risarcibilità di un danno alla persona effettivamente sussistente secondo la scienza medica. Legiferare intorno alle regole risarcitorie da utilizzare ai fini della quantificazione del danno è ben diverso dall'escludere tout



court la risarcibilità di taluni danni alla persona, anche se di modesta entità. Una lesione che determina postumi permanenti – appare necessario rimarcare - costituisce un pregiudizio sufficientemente serio da essere meritevole di tutela, anche in un sistema che impone alla vittima un grado minimo di tolleranza. Il diritto alla salute è sicuramente inciso oltre la soglia minima: non si discute del graffio superficiale dell'epidermide, del mal di testa di una sola mattina o altri danni così poco offensivi da non rendere necessario un risarcimento. Nella sentenza della Corte di Giustizia dell'U.E. 23 gennaio 2014, nella causa C371/12, si afferma che, allorché una normativa nazionale non ha l'effetto di escludere d'ufficio o di limitare in maniera sproporzionata il diritto della vittima a beneficiare di un risarcimento, le direttive volte al riavvicinamento delle legislazioni nazionali in materia di assicurazione della R.C. non ostano né ad una legislazione che impone ai giudici nazionali criteri vincolanti per la determinazione dei danni morali né a sistemi specifici, adeguati alle particolarità dei sinistri stradali ancorché tali sistemi comportino, per alcuni danni morali causati da sinistri stradali, un metodo di determinazione della portata del diritto al risarcimento meno favorevole rispetto agli altri incidenti. Il presupposto è dunque che la legislazione nazionale non escluda il diritto al risarcimento per talune tipologie di danno e quindi non lasci la vittima priva di tutela. L'eventuale introduzione di un vuoto di tutela nel risarcimento del danno alla salute comporterebbe seri problemi di compatibilità con il diritto fondamentale tutelato dall'art. 32 Cost. Rispettato il principio dell'integralità del risarcimento, va invece riconosciuto al legislatore il potere di fissare limiti indennitari in settori, come in materia assicurativa o di responsabilità sanitaria, aventi particolare rilievo sociale per i costi collettivi che determinano.

4.2 Per il risarcimento del danno biologico permanente la nuova disposizione

richiede un "accertamento clinico strumentale obiettivo". Per "clinico" s'intende qualcosa relativo alla clinica medica. La clinica è la parte della medicina che studia le manifestazioni morbose delle malattie mediante l'osservazione diretta dei singoli pazienti. Clinico sarebbe ciò che è afferabile secondo conoscenze scientifiche ed esperienza medica. "Strumentale" significa che si esegue mediante strumenti. Il termine "obiettivo" si riferisce a un'osservazione diretta del malato tramite palpazione, auscultazione o altre attività del medico. Richiedere nell'accertamento di un danno la presenza di tutti e tre le caratteristiche contemporaneamente comporterebbe un risultato incongruo. Un trauma cervicale può esprimersi dal punto di vista obiettivo con una contrattura muscolare, che è certamente evidenziabile clinicamente, ma non necessita di accertamento strumentale perché, dal punto di vista terapeutico non vi è nessuna utilità a dimostrare, strumentalmente, ciò che è clinicamente evidente. Talune malattie si estrinsecano con delle alterazioni strumentali, ma non sono rilevabili clinicamente o obiettivamente: un trauma cranico con microlesione encefalica che dà luogo ad un focolaio epilettogeno, produce sintomatologia di tipo temporale, non crisi generalizzate, che nessuno vede e solo il paziente riferisce. In questo caso la patologia non è dimostrabile né clinicamente, né all'esame obiettivo: è solo dimostrabile strumentalmente attraverso un'alterazione dell'EEG. I disturbi psico-reattivi non sono dimostrabili strumentalmente, ma solo ricorrendo alla clinica. Analogamente le lesioni sensoriali trovano di regola esclusivo riscontro clinico e, ben difficilmente, tranne indagini estremamente complesse, possono avere un riscontro strumentale. Un'interpretazione letterale della norma porterebbe dunque ad escludere il risarcimento di alcuni danni biologici, nonostante la scienza medica e la corretta applicazione metodologica valutativa medico legale non abbiano dubbi circa la loro effettiva esistenza.



4.3 Del tutto analoghe sono le considerazioni che possono svilupparsi con riferimento a una lesione *“visivamente o strumentalmente accertata”*. Il termine *“visivamente”* significa percepibile per mezzo della vista. *“Strumentalmente”* allude a uno strumento o dispositivo atto al compimento di determinate operazioni. *“Visita medica”* deriva dalla stessa radice semantica dell'avverbio *“visivamente”*. È sicuramente preferibile interpretare il termine, come accertamento a seguito di visita medica. La visita medica prevede l'ispezione, la palpazione, la percussione, l'auscultazione ed ogni altra attività che costituisce il bagaglio della semeiotica. Anche in questo caso un'interpretazione letterale del termine *“visivamente”*, rapportato esclusivamente al mero apprezzamento visivo, escluderebbe tutte le lesioni che di fatto sono comunque idoneamente accertabili. Non sarebbe visivamente accertabile una lussazione di spalla autoridotta e non lo sarebbe nemmeno strumentalmente. Un trauma cranico commotivo, se non è stato visto in condizioni di perdita di conoscenza nell'immediatezza dell'evento, non è diagnosticabile né visivamente, né strumentalmente. L'accertamento strumentale può essere utilizzato nei casi di dubbia interpretazione ai fini del riconoscimento della lesione biologica. Deve poter comunque essere sufficiente anche un dato clinico obiettivo purché scientificamente compatibile e adeguatamente connesso all'evento lesivo.

5. Nel caso in esame il CTU si si era confrontata con le esigenze sottese alla novella del 2012 e aveva concluso nel senso che il danno biologico permanente riferibile *“alla distorsione del rachide cervicale e alla concussione del passaggio cervico-dorsale”*, attestabile nell'ordine del 2%, risultasse da un *“accertamento clinico obiettivo”* (v. relazione 23.12.13, ultimo foglio). Richiesta di chiarimenti (v. nota integrativa 20 gennaio 2014), il consulente nominato dall'ufficio aveva evidenziato:

- che in sede di operazioni peritali il c.t.p. della compagnia di assicurazione aveva in realtà concordato per una quantificazione nel 2% dell'invalidità permanente (fg. 3);

- di essere giunta alla conclusione di un trama distorsivo del rachide cervicale dopo un ragionamento clinico e una diagnosi differenziale. Stessa valutazione avevano espresso il medico del pronto soccorso, che aveva avuto la possibilità di visitare il paziente un'ora dopo il sinistro stradale, il medico curante e l'ortopedico all'esito della visita del 26 luglio 2012. Anche nelle relazioni entrambi i c.t.p. avevano fatto menzione della diagnosi di distorsione del rachide cervicale;

- che *“la menomazione, riduzione della funzionalità del rachide cervicale, algia cervicale e segni muscoloscheletrici, presenza di punti di dolorabilità e riduzione dell'articolarià ai massimi gradi di estensione, rotazione, inclinazione e flessione del capo evocati sia con movimenti passivi che con movimenti attivi, depone per esito di distorsione del rachide cervicale, quindi se c'è una menomazione è presente anche una lesione, mentre se è presente una lesione non è detto che ci sia una menomazione Il danno biologico permanente risulta da accertamento clinico obiettivo con diagnosi differenziale grazie alla radiografia del tratto cervicale e del tratto dorsale effettuata in PS a poche ore dall'incidente occorso”* (fg. 5)

Alla luce di tali considerazioni medico legali, prive di contraddizioni e immuni da vizi logici, il Giudice di primo grado, non avendo ritenuto necessario disporre un nuovo accertamento con un nuovo consulente, avrebbe dovuto riconoscere l'esistenza di un danno da invalidità permanente. Non avrebbe dovuto ritenere l'“accertamento strumentale” *condicio sine qua non* della risarcibilità del danno. Non solo. Anche ritenendo interpretare la disposizione - diversamente da quanto si sostiene - nel senso dell'indispensabilità di tale



accertamento, avrebbe dovuto quantomeno chiedere chiarimenti al c.t.u. circa la possibilità di eseguire tale indagine prima di negare ogni tutela risarcitoria.

6. L'art. 139 C.d.A. disciplina la liquidazione dei danni alla salute che hanno prodotto postumi, come nel caso in esame, in misura non superiore al 9% d'invalidità permanente (c.d. micro permanenti). Deve tenersi presente che a decorrere dal mese di aprile del 2014, ai sensi dell'art. 1 del D.M. 20 giugno 2014, il valore del primo punto di invalidità è pari ad euro 795,91 e ogni giorno di invalidità assoluta corrisponde ad euro 46,43. Il valore del punto da porre a base della liquidazione è il valore vigente al momento della liquidazione e non all'epoca del sinistro, giacché il risarcimento deve avvenire secondo le regole attuali. Considerando che aveva 41 anni all'epoca del sinistro e che ha patito un'invalidità del 2 %, il risarcimento da liquidare a titolo di danno biologico da invalidità permanente, una volta applicati i coefficienti dell'art. 139 cit., è pari a euro 1.456,21. Per l'art. 139, III co. C.d.A. l'ammontare del danno biologico risultante dall'applicazione automatica dei criteri legali *"può essere aumentato dal giudice in misura non superiore ad un quinto, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato"*. Appare opportuno evidenziare che l'art. 139 è entrato in vigore in un momento storico in cui la giurisprudenza consolidata teneva ben distinti il danno biologico e il danno morale e quindi veniva dato per scontato che i limiti risarcitori normativamente previsti si riferissero al solo danno biologico in senso stretto (o danno alla salute) e non anche al danno morale. La giurisprudenza maggioritaria afferma che l'art. 139 C.d.A. deve essere applicato in linea con i principi riconosciuti dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione nel novembre 2008 (Cass., s.u., 11.11.08, 26972, 26973, 26974 e 26975), con un aumento dell'importo tabellarmente indivi-

duabile non superiore al quinto: il tetto normativo del III comma dell'art. 139 non riguarda la sola componente biologica, ma l'insieme delle conseguenze non patrimoniali (cfr. Cass., sez. III, 7.6.11, n. 12408). Da ultimo, la Corte Costituzionale, con sentenza 6-16 ottobre 2014, n. 235, nel richiamare i principi espressi dalle Sezioni Unite, ha ritenuto che l'art. 139 è aperto alla risarcibilità del danno morale, perché, ricorrendone i presupposti, è consentito avvalersi della possibilità d'incremento dell'ammontare del danno biologico "secondo la previsione e nei limiti" del terzo comma. Il Giudice delle Leggi, a fronte di una lamentata violazione dell'art. 3 Cost., ha riconosciuto la legittimità costituzionale del meccanismo standard di quantificazione del danno previsto per le lesioni di lieve entità e ha evidenziato che la tutela risarcitoria dei danneggiati da sinistro stradale è in realtà - grazie alla copertura assicurativa obbligatoria - più incisiva e sicura rispetto a quella prevista per i danneggiati in conseguenza di eventi diversi. Non s'ignora che secondo un diverso orientamento giurisprudenziale le norme di cui agli artt. 138 e 139 C.d.A. non consentono una lettura diversa da quella che predica la separazione tra i criteri di liquidazione del danno biologico in esse codificati e quelli funzionali al riconoscimento del danno morale: in altri termini, le due norme muoverebbero dal presupposto della "non continenza", non soltanto ontologica, nel sintagma "danno biologico" anche del danno morale (Cass., sez. III, 3.10.13, n. 25585). Entrambi gli orientamenti richiamati concordano in ogni caso sulla necessità che il danno non patrimoniale sia da considerare un danno-conseguenza che debba essere adeguatamente allegato e provato. Se la personalizzazione del danno non può mai avvenire in via automatica, deve prendersi atto che l'attore non aveva affatto indicato le ragioni per cui nel caso in esame avrebbe dovuto procedersi a una personalizzazione del valore standard tabellare.



7. La richiesta della riforma della sentenza in punto spese mediche deve essere rigettata. Dalla lettura dello scarso atto di citazione 17.5.13 poteva dedursi esclusivamente l'esistenza di un danno non patrimoniale conseguente alle lesioni fisiche sofferte (v. atto di citazione, fg. 1: "il deducente riportava lesioni fisiche ..."). Nessun riferimento all'esistenza di un danno patrimoniale per spese mediche compare né nell'atto introduttivo né nella memoria autorizzata 11.10.13. Nel caso di specie mancava, pertanto, l'indispensabile allegazione di un danno patrimoniale. Si aggiunga che l'attore non aveva fornito alcuna giustificazione per non essere ricorso alle prestazioni del servizio sanitario nazionale e che la scelta di avvalersi di una struttura privata non convenzionata non appare di per sé comprensibile alla luce delle lievi e comuni lesioni conseguite al modesto sinistro stradale.

8. Il danno complessivo, tenuto conto di quanto statuito con la pronuncia di primo grado, viene pertanto rideterminato nella somma di euro 2.125,56 (euro 669,35 + euro 1.456,21), già detratto l'importo corrisposto di euro 1.051,65 iva compresa e a presentazione di regolare fattura del CTP (cfr. dispositivo della sentenza appellata). Rispetto alle statuizioni del Giudice di Pace, l'importo della condanna è aumentato alla luce del riconoscimento del danno da invalidità permanente.

9. Con il riconoscimento di un danno da invalidità permanente viene meno la ragione che aveva giustificato, nella logica della decisione del giudice di prima cure, una suddivisione fra le parti delle spese della consulenza tecnica d'ufficio e una compensazione delle spese di lite. Il costo della consulenza indispensabile per riconoscere all'attore il danno biologico deve ricadere sulla parte che ha reso necessario l'accertamento. Quanto alle spese di lite, esse avrebbero dovuto non essere compensate, ma calcolate sulla base del *decisum*. Solo se la compagnia avesse offerto un importo prossimo al danno effet-

tivo, sarebbero stati ravvisabili, in una prospettiva deflattiva, i presupposti per una compensazione delle spese. Le spese processuali, liquidate come da dispositivo sulla base del D.M. 10.3.14, n. 55, seguono pertanto la soccombenza della compagnia di assicurazione in entrambi i gradi di giudizio. Tanto per il giudizio di primo grado, che per quello di appello, il contenuto degli atti difensivi - per il giudizio di secondo grado anche la discussione meramente orale della causa - giustificano dei compensi inferiori a valori medi dello scaglione di riferimento.

P.Q.M.

Il Tribunale di Padova, definitivamente decidendo sull'appello proposto da _____ contro _____, avverso la sentenza del Giudice di Pace di Padova 3 aprile 2014, n. 396/14, accoglie il gravame nei limiti indicati in motivazione e per l'effetto, in parziale riforma della sentenza impugnata:

- a) accerta che il credito risarcitorio di _____ a titolo di danno da invalidità permanente è pari alla somma di euro 1.456,21 e per l'effetto condanna _____ al pagamento in favore dell'appellante della somma complessiva di euro 2.125,56 (già detratto l'importo corrisposto di euro 1.051,65) iva compresa e a presentazione di regolare fattura del C.T.P.;
- b) pone le spese della consulenza tecnica d'ufficio medico-legale svolta nel giudizio di primo grado interamente a carico di _____;
- c) condanna _____ alla rifusione in favore dell'appellante _____ delle spese processuali, liquidate per il giudizio di primo grado in complessivi euro 1.072,00, di cui euro 100,00 per esborsi e il resto per compensi, oltre spese generali (15%), iva e

