

**REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE DI PAVIA**

Il giudice monocratico del tribunale, Marcella Frangipani, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. 2818/2019 R.G. promossa da M.XXXX P.XXXXXX, C.F. XX
ATTORE

contro

G

S.P.A.,

CONVENUTA

CONCLUSIONI DI PARTE ATTRICE: *“Voglia l'Ill.mo Giudice adito condannare G S.P.A., C.F. XXXXXXXXXXXX - P.I. XXXXXXXXXXXX, in persona del legale rappresentante pro tempore, nella sua sede in Mogliano Veneto (T.), al risarcimento di tutti i danni patiti dall'attore nella misura di complessiva di uro 13.413, 53 per i motivi di cui in narrativa in forza della polizza assicurativa Multirischio per la persona o quella diversa, minore o maggiore somma che risulterà in corso di causa, oltre interessi legali dalla data dei fatti al saldo. Con vittoria di spese, competenze ed onorari di causa, da distrarsi a favore del sottoscritto procuratore che dichiara di avere anticipato le prime e non percepito i secondi. Respingere, rigettare tutte le domande di cui alla comparsa di costituzione avversaria per i motivi esposti in atti e comunque, perché infondate in fatto e in diritto.*

IN VIA ISTRUTTORIA: Si chiede, occorrendo, disporsi C.T.U. medico - legale sulla persona dell'attore per l'esatta qualificazione e quantificazione delle lesioni e dei danni sofferti dallo stesso in conseguenza del sinistro di cui è causa. Con ogni e più ampia riserva di produrre documenti ed indicare nuovi mezzi di prova finanche a mezzo interpellato e testi, in prefiggendo termine, sulle circostanze di cui in comparsa di costituzione che si devono intendere precedute dalla locuzione "Vero che" e sfrondate da qualsiasi elemento negativo e/o valutativo nonché sui seguenti capitoli di prova: 1. Vero che l'attore è assicurato con contratto di assicurazione sottoscritta presso l'AGENZIA che si produce (doc.1) 2. Vero che la polizza di cui al capitolo 1 prevede la copertura assicurativa e presta garanzia per il risarcimento danni degli infortuni, invalidità permanente e rimborso spese 3. Vero che il sig. P.XXXXXX M.XXXX, in data 4.1.2018 durante una partita di calcio tra amici, a causa di una involontaria gomitata da parte di un calciatore avversario, veniva colpito ? 4. Vero che a seguito dell'accidentale gomitata il sig. P.XXXXXX M.XXXX subiva un trauma al naso 5. Vero che a seguito di ciò il sig. P.XXXXXX veniva soccorso e portato all' O.X 6. Vero che presso il Pronto Soccorso dell'O.XXXXXXXXXX M.XXXXXX veniva riscontrata la frattura delle ossa proprie del naso con deviazione del setto nasale 7. Vero che a seguito dell'infortunio occorso il sig. P.XXXXXX M.XXXX è stato sottoposto a un intervento chirurgico presso la C.XXXXXXXXXXX del P.XXXXXXXXXXX come da documentazione che si rammostra. Si indicano a testi: DI P.XXXXX A.XXXXXXXXXX C.XXXXX C.XXXXX n.....) C.XXXXX G.XXXXX ..”.

CONCLUSIONI DI PARTE CONVENUTA: *“Previe le declaratorie del caso. Contestato tutto quanto ex adverso dedotto, richiesto, eccepito e prodotto e ciò sia in fatto che in diritto sia in punto an che in punto quantum, sicché nulla potrà essere dato per pacifico, ammesso, riconosciuto o non contestato, neppure implicitamente. Rigettare le domande avversarie perché infondate e non provate in fatto ed in diritto, in punto an ed in punto quantum, e in ogni caso per le ragioni indicate. In ogni caso, dichiarare che per le ragioni esposte in atti la garanzia assicurativa non è operante e conseguentemente rigettare ogni domanda e/o richiesta avversaria. Con vittoria di spese e compensi di lite, oltre rimborso spese generali, cpa ed iva di legge. Non si accetta il contraddittorio su fatti tardivamente allegati e su domande, eccezioni, istanze e conclusioni nuove o illegittimamente modificate. Si richiamano tutte le istanze, richieste, eccezioni e conclusioni proposte e sollevate in corso di causa, nessuna esclusa, che non possono in nessun caso intendersi abbandonate”.*

MOTIVI DELLA DECISIONE

Preliminarmente si osserva che parte attrice ha richiamato nelle conclusioni definitive, in modo integrale, le proprie istanze istruttorie, nonostante esse siano già state parzialmente accolte. Ritiene questo giudice che non vi siano ragioni per rimettere la causa sul ruolo per ulteriore attività probatoria, rispetto a quella svolta; peraltro la stessa parte attrice, nonostante le conclusioni definitive rassegnate, non ha domandato, negli atti conclusivi del giudizio, la rimessione della causa sul ruolo. Il materiale probatorio acquisito impone di ritenere parzialmente fondata la domanda dell'attore di indennizzo dei danni subiti a seguito dell'evento oggetto di causa. Deve innanzitutto ritenersi provato l'evento da cui l'attore lamenta un pregiudizio e richiede

all'assicurazione convenuta l'indennizzo: dalle deposizioni dei testimoni (v. verbale dell'udienza del 14.10.2020) è infatti risultato che nel gennaio 2018, durante una partita di calcetto tra amici, l'assicurato veniva colpito da una gomitata involontaria sul setto nasale, all' esito della quale egli perdeva sa partecipanti facevano ritorno presso le rispettive abitazioni. Entrambi i testimoni hanno confermato che l'attore non si era recato immediatamente al pronto soccorso, in armonia con quanto allegato dall' attore, il quale ha affermato di essersi recato in ospedale a M.XXXXX due giorni dopo il sinistro (v. all. 3 di parte attrice). Le circostanze relative all' evento, come provate dalle testimonianze e riscontrate dal certificato dell'ospedale, comportano l'operatività della polizza assicurativa stipulata da M.XXXX P.XXXXXX con G. (di seguito, per brevità, ----) , posto che l'evento avveniva nel 2018 - periodo di efficacia della polizza - e nel corso di un' attività sportiva amatoriale (calcetto tra amici) e non invece competitiva, dunque non rientrante nelle cause di esclusione dell' indennizzo stabilite nel contratto. Non merita, invero, accoglimento la contestazione del convenuto circa l'assoluta inoperatività della polizza in quanto l'evento sarebbe avvenuto all' interno di una competizione sportiva, circostanza non coperta dalla garanzia assicurativa (art. 2 condizioni generali polizza, all. 6 attore). stato accertato, infatti, il contrario, ossia che l'evento si verificava nell'ambito di un incontro amichevole co tra amici, il che determina la piena operatività della polizza efficace tra le parti. Va affermato, poi, che l'evento lesivo è causalmente collegato con quanto riscontrato due giorni dopo il a co medesimo, quando cioè M.XXXX P.XXXXXX si recava al pronto soccorso di Magenta per accertamenti circa le proprie condizioni di salute. Nell' occasione, all' assicurato veniva refertata una "frattura delle ossa del naso con deviazione sinistro-convessa del setto nasale" (esito RX ossa nasali, pag. 3, all. 3 di parte attrice), veniva a) scongiurata l'ipotesi di una frattura scomposta delle medesime ossa e veniva consigliata terapia farmacologica in caso di persistenza di dolore (verbale p.s., pag. 2, all. 3 di parte attrice). Il fatto di recarsi due giorni dopo per le w cure non è, come invece sostenuto dalla convenuta, di per sé idoneo a spezzare il nesso di causa tra l'evento" lesivo e il pregiudizio avvertito. A tal fine, sarebbe necessaria la dimostrazione di una causa sopravvenuta che inneschi un rischio totalmente nuovo. Ma di tale sopravvenienza non è stata data alcuna prova da parte convenuta, ed è anzi di comune esperienza che in seguito a traumi la cui diagnosi non è chiara sin da subito ad occhi inesperti, è proprio la persistenza di dolori e sintomatologie per più giorni che spinge il soggetto leso a presentarsi in ospedale per accertamenti. Così è, infatti, avvenuto nel caso di specie, ove l'attore si recava in e ospedale dopo che il dolore per l'urto subito perdurava (v. all. 3 di parte attrice). Inoltre, se l'attore avesse voluto costruire un sinistro inesistente - come pare suggerire la convenuta, si sarebbe recato al pronto soccorso il medesimo giorno dell'affermato infortunio. Va poi analizzata la questione della sussistenza del rapporto causa-conseguenza, pretesa dall' attore, tra l'evento del 4 gennaio 2018 e l'intervento subito nel giugno successivo (all. 5 di parte attrice). Al quesito va data risposta negativa. Va premesso che all'assicurato deve essere riconosciuto l'indennizzo per il danno sofferto in conseguenza del sinistro, escludendo ovviamente dal calcolo i pregiudizi che non sono derivanti dell'evento denunciato. Orbene, a tal proposito, l'esistenza del nesso causale di cui si discorre è stata esclusa dalla c.t.u., la quale ha escluso che l'intervento subito dall'attore in data 6 giugno 2018 fosse conseguenza dell'infortunio oggetto di causa. La c.t.u. afferma, invero, che tale pregiudizio derivava esclusivamente da un precedente intervento per frattura scomposta ossea nasale dell'assicurato, risalente al 2013. Scrive infatti la c.t.u.: "...risulta poi un ricovero presso la C.XXXXX C.XXXXXX nel giugno dello stesso anno ove, in data 6.6.2018, il sig. P.XXXXXX venne sottoposto ad intervento chirurgico di setto-rinoturboplastica. A tal proposito giova ricordare che, dalla raccolta anamnestica, è emerso come il sig. P.XXXXXX, nell'aprile 2013, subì un analogo trauma nasale durante una partita di calcio, con riscontro di frattura frammentaria delle ossa nasali, poi trattata chirurgicamente presso l'ospedale S.XXXXXXX, della cui cartella clinica si è presa visione previa autorizzazione del Giudice. Nella cartella clinica del ricovero presso C.XXXXXX del 2018, viene riportato il trauma nasale del 2013, annotando una residua dismorfia della piramide nasale e una marcata deviazione del setto con ostruzione nasale, conseguenti al suddetto evento. Nessun riferimento al trauma del gennaio 2018 è invece presente in cartella clinica. Del resto, dal verbale operatorio del 6.6.18, emerge la presenza di sinechie (esiti cicatriziali del pregresso intervento o a chirurgico), nonché di ipertrofia dei turbinati (alterazione di natura non traumatica). Nessuna correlazione pertanto può essere rilevata tra la marcata deviazione del setto, ipertrofia dei turbinati, stenosi valvolare bilaterale, sinechie turbino-settali e della regione valvolare bilaterale, determinanti ostruzione nasale e necessità di intervento (chirurgico, e il trauma del 4.1.2018, produttivo di una semplice frattura composta delle ossa nasali, in assenza di a) ematomi del setto o altre alterazioni meritevoli di approccio chirurgico o comportanti modifiche della funzionalità " o .. respiratoria. Considerando peraltro l'ambito valutativo in cui si svolge la presente causa (polizza assicurativa privata), ove risultano indennizzabili le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indipendentemente dalla presenza di lesioni preesistenti, la sola lesione riconoscibile in rapporto causale diretto ed esclusivo con l'infortunio del 4.1.2018 riposo e terapia analgesica. Ne consegue che le spese agli atti, sostenute per l'intervento chirurgico del giugno 2018, per accertamenti pre e post-operatori, non sono da ritenersi rapportabili all'infortunio per cui è causa" (pagg. 8-9 c.t.u.). In estrema sintesi, la c.t.u. dimostra che l'intervento subito dall' assicurato nel "giugno 2018 non è conseguenza della frattura composta rimediata dallo stesso nel gennaio di quell'anno, bensì del precedente intervento del 2013, diretto ad eliminare gli effetti di una frattura frammentaria sempre al setto nasale, della cui conoscenza

si è giunti solo all'esito di un'integrazione documentale richiesta dalla c.t.u., a seguito di contestazione della convenuta. La risultanza della consulenza d'ufficio prevale dunque sulla perizia di parte attrice redatta dal Dott. Lenzi (all. 4). Innanzitutto, perché a seguito della c.t.u. i consulenti di parte non hanno opposto alcuna osservazione (v. pag. 10, - c.t.u.); inoltre, la perizia di parte attrice non confuta e non prende in considerazione che l'intervento possa essere causato da eventi ulteriori rispetto a quello del 4.1.2018, quale quello del 2013; infine, la rilevazione del Dott. L.XXX non risulta dettagliata e specifica come quella della c.t.u. B.XXXXX, la quale indica esattamente le cause di un intervento come quello sostenuto da M.XXXX P.XXXXXX, ("sinechie") e da alterazioni di natura non traumatica ("ipertrofia dei turbinati") , sicché è da escludere che la causa dell'operazione cui si è sottoposto l'attore sia stata la frattura composta nasale procurata in seguito al sinistro del gennaio 2018. Sul nesso di causalità tra l'evento denunciato e l'intervento subito, parte attrice, sostenendo anche dopo l'esame della c.t.u. l'eshaustività delle rilevazioni fatte nella perizia Dott. L.XXX, afferma che se l'attore non avesse subito il sinistro non si sarebbe reso necessario l'intervento. Viene dall'attore richiamato in comparsa conclusionale l'orientamento della Suprema Corte (Cass. 28986/2019), secondo cui "se i postumi permanenti causati dall'illecito non sono stati punto aggravati dalle menomazioni preesistenti, ciò vuol dire che essi nella loro interezza sono conseguenza esclusiva del fatto illecito. Le preesistenze non li hanno amplificati, e se non li hanno amplificati quei postumi vanno ritenuti una conseguenza immediata dell'illecito, perché a produrli non ha concorso alcun fattore esterno" (pag. 5 comparsa conclusionale).

L'arresto giurisprudenziale, astrattamente condivisibile, non è però applicabile al caso concreto, poiché le preesistenze del 2013 sono qui, come accertato, l'unica e sola o a causa dell'intervento del 2018, e non una mera concausa preesistente. Si deve pertanto concludere che le spese relative all'intervento di giugno 2018 allegato dall'attore, quantificate in 11.383, 53, (all. 5 di parte attrice) non sono coperte dalla polizza assicurativa, in quanto non sono conseguenti (all'infortunio rimediato in data 4.1.2018, bensì derivanti unicamente dal fatto del 2013. La polizza assicurativa limita la propria operatività alla sola invalidità permanente e alle spese mediche necessarie per far fronte alle conseguenze pregiudizievoli dell'infortunio (all. 1 di parte attrice). Agli effetti del contratto è quindi indennizzabile solo l'invalidità permanente derivante dalla frattura ossea nasale rimediata in gennaio 2018, quantificata dalla c.t.u. (pag. 9) nel 2, 5%, secondo i criteri Inail 1965, da utilizzare ai sensi del contratto (all. 1 di parte attrice: clausole speciali). Sull'invalidità permanente, non ha peraltro valore la perizia del Dott. L.XXX allegata dall'attore, che accerta l'invalidità permanente in 5% Inail, poiché questa tiene erroneamente conto dell'invalidità permanente derivante dall'intervento di giugno 2018, che, come sopra esposto, non ha alcun rapporto causale con il sinistro qui dedotto. Inoltre, lo stesso c.t.p. nulla ha opposto neanche alla valutazione dell'invalidità permanente del 2, 5% fatta successivamente dalla c.t.u. Accertato che il danno risarcibile è solo quello derivante dall'invalidità permanente del 2, 5% conseguente alla frattura ossea composta, si può procedere alla liquidazione documentale (all.1 attore) che il capitale assicurato, per quanto attiene l'invalidità permanente del sig. P.XXXXXX M.XXXX, sia pari a 70.000, 00. Nei limiti del capitale assicurato di 21.000, 00 non si applica alcuna franchigia, mentre per la parte di capitale eccedente (sino a 70.000, 00) è prevista una franchigia percentuale da applicare all'invalidità permanente. Va quindi riconosciuto all'assicurato l'indennizzo di € 525,00, risultante dall'applicazione della quota di invalidità permanente accertata 2, 5 % al capitale assicurato 21.000, 00 (21.000 x 2, 5% = 525). Per la restante parte del 28/12/2021 alcunché, stante la franchigia di 3 punti percentuali.

L'importo di € 525,00 deve essere versato con interessi legali dal 26.11.2018, data della domanda stragiudiziale (all. 7 di parte attrice) sino al saldo. Sulle spese processuali, va dato atto che la domanda di parte attrice è stata solo parzialmente accolta, in quanto è riconosciuto l'indennizzo di 525, 00, oltre interessi legali, a fronte della domanda di 13.143, 53 (l'ammontare dell'indennizzo liquidato è dunque il 3, 99 % di quanto richiesto). In merito alle spese, le parti hanno fatto le seguenti deduzioni. G ha chiesto la condanna della controparte all'integrale pagamento delle spese o la compensazione delle stesse, in quanto parte attrice avrebbe volontariamente omesso l'allegazione della cartella clinica relativa all'intervento del 2018, dalla quale si poteva evincere il collegamento causale dell'intervento con un precedente intervento del 2013, argomentando a sostegno di ciò che la medesima compagnia aveva sottoposto l'attore a diverse perizie, dalle quali già risultava che l'intervento subito non era conseguenza del sinistro del 4.1.2018. Tuttavia, parte convenuta, costituendosi tardivamente e non offrendo prove, neppure documentali, nulla ha dimostrato in merito a quanto affermato con riguardo alla fase antecedente al giudizio. In ogni caso, è infondata la domanda di condanna alle spese della parte attrice che è comunque risultata vittoriosa in giudizio, seppure per una quota molto ridotta della domanda.

L'attore, dal canto suo, evidenzia come la convenuta nulla abbia versato prima della causa e reputa il comportamento ostruzionistico tenuto dalla controparte in sede di mediazione (all. 8 parte attrice) rilevante per la condanna della medesima alle spese. A tal fine, in comparsa conclusionale viene richiamato l'art. 8, comma 4-bis, D. Lgs. 28/2010, il quale stabilisce che il giudice può valutare la mancata partecipazione di una parte senza giustificato motivo alla procedura di mediazione come argomento di prova nel successivo giudizio ai sensi dell'art. 116, comma 2, c.p.c. Di risposta, la compagnia assicurativa sostiene che proprio per il fatto che M.XXXX P.XXXXXX insistesse nella richiesta della rifusione delle spese per l'intervento non

indennizzabile, non vi era stata alcuna partecipazione al procedimento di mediazione, reputato da G inutile stante le ostinate richieste dell'assicurato. Reputa questo giudice che la ritenuta inutilità dell'esperimento della mediazione obbligatoria non possa essere un giustificato motivo per non parteciparvi, di talché la mancata partecipazione può essere valutata ai fini della decisione sulle spese di lite. Né va dimenticato che l'assicurazione ha omesso di versare all'attore quanto riteneva dovuto sulla base del contratto e dei propri accertamenti medici e in giudizio ha infondatamente sostenuto l'inoperatività della polizza. Le spese di lite devono quindi essere interamente poste a carico della convenuta secondo il criterio della soccombenza. Sono però liquidate, in dispositivo, tenuto conto della misura in cui la domanda viene accolta (v. art. 5 D.M. 55/2014) e dell'attività difensiva prestata; la convenuta deve altresì rimborsare agli attori le spese pagate sostenute per il compenso al c.t.p., pari a € 366,00 (all.5, attore del 28/12/2021 delle spese vive). Definitivamente a carico di parte convenuta va altresì posto il compenso alla c.t.u. già liquidato in corso di causa. Va infine pronunciata la distrazione delle spese a favore dell'Avv. E.XXX A. XXXXXX, procuratrice dell'attore, che si è dichiarata antistataria. Questa sentenza è stata redatta con la collaborazione del dott. M.XXX C.XXXXXX, della Scuola di Specializzazione per le Professioni L.XXXX.

PER QUESTI MOTIVI

il Tribunale di Pavia, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando nella causa promossa da M.XXXX P.XXXXXX con atto di citazione notificato il 7 maggio 2019 a G S.p.A., così decide:

- 1) condanna G S.p.A. a pagare a M.XXXX P.XXXXXX la somma di € 525,00, con interessi legali dal 26.11.2018 al saldo;
- 2) condanna G S.p.A. a rifondere all'Avv. E.XXX A.XXXXXX, dichiaratasi antistataria, le spese di lite, che liquida in € 630, 00 per compensi e in € 637,95 per esborsi (compresi quelli per la c.t.p.) , oltre I.V.A. e C.XXX. se e come dovuti per legge e rimborso spese generali nella misura del 15 % dei compensi;
- 3) pone definitivamente a carico di parte convenuta le spese di c.t.u. già liquidate in corso di causa.

Così deciso il 15 dicembre 2021
Il giudice monocratico Marcella Frangipani