



TRIBUNALE DI LUCERA
SEZIONE DISTACCATA DI RODI GARGANICO

REPUBBLICA ITALIANA
 IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Sent. n. 16/12

N. 244/C/04 R.G.

N. 19/12 Cron.

N. 34/12 Rep.

Il Giudice del Tribunale di Lucera, sezione distaccata di Rodi Garganico, dott. Giuseppe Sciscioli, in funzione di giudice unico, ha pronunciato la seguente

S E N T E N Z A

nella causa civile in primo grado iscritta al n. 244/04 R.G. avente ad oggetto risarcimento danni e vertente tra:

....., elettivamente domiciliato in Cagnano Varano alla via Marconi n. 10, presso lo studio dell'Avv. Antonio Pasquale Pelusi, dal quale è rappresentato e difeso,

- ATTORE -

E

..... ASS.NI s.p.a., in persona dei procuratori Leonardo Caggiano e Ivo Capella, rappresentata e difesa dagli avv.ti Antonio Vinci e Matteo Di Nauta,

- CONVENUTA -

NONCHE'

..... s.n.c., in persona del legale rappresentante pro tempore ,

-CONVENUTI CONTUMACI-

con l'intervento volontario di

I.N.A.I.L., in persona del l. r. pro tempore, elettivamente domiciliato in Lucera alla via Mazzaccara 12, presso lo studio dell'avv. Mario Palumbo, dal quale è rappresentato e difeso unitamente agli avv.ti Pierfrancesco Damasco e Danila Villasmunta,

dott. Giuseppe Sciscioli

OGGETTO:
 Riparcimento danni

- CONCLUSIONI DELLE PARTI-

All'udienza di precisazione delle conclusioni del 18.10.2011, i difensori delle parti hanno concluso riportandosi alle conclusioni già rassegnate nei propri atti difensivi. Segnatamente, la difesa di parte attrice ha chiesto accertarsi l'esclusiva responsabilità di [redacted] in relazione al sinistro occorso a [redacted] in data 17.2.2003, e, per l'effetto, condannarsi i convenuti, in solido tra loro, al pagamento della somma complessiva di euro 116.600,00, a titolo di risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali patiti dall'attore, oltre rivalutazione ed interessi; il tutto con vittoria delle spese di giudizio da distrarsi in favore del procuratore antistatario. La difesa della

Ass.ni s.p.a. ha sollevato in via preliminare eccezione di litispendenza, deducendo altresì l'inapplicabilità nella specie della disciplina dell'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile; nel merito, ha chiesto il rigetto dell'avversa domanda perché infondata, o comunque una riduzione proporzionale del risarcimento in ragione del comportamento scorretto e non collaborativo tenuto dall'attore a seguito del sinistro; il tutto con vittoria delle spese processuali. La difesa dell'Inail ha invece chiesto accertarsi l'esclusiva responsabilità di [redacted] in relazione al sinistro, e, per l'effetto, condannarsi i convenuti, in solido tra loro, al rimborso dell'intera somma già versata dall'Ente Assicuratore in favore dell'attore, ai sensi dell'art. 1916 c.c.; il tutto oltre rivalutazione ed interessi e con vittoria delle spese di giudizio.

- RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO -

Sono infondate le eccezioni preliminari sollevate dalla [redacted] Ass.ni s.p.a..

Quanto all'eccezione di litispendenza, va osservato che tale istituto, disciplinato dall'art. 39

c.p.c., trova applicazione nella sola ipotesi in cui una stessa causa sia proposta dinanzi ad uffici giudiziari diversi. Nella specie, l'attore ha notificato alle controparti un primo atto di citazione, cui però non ha fatto seguire la costituzione in giudizio ai sensi dell'art. 165 c.p.c.; successivamente ha notificato un secondo atto di citazione innanzi allo stesso giudice, dando luogo al presente giudizio. Ritiene la società convenuta che l'attore, anziché notificare un nuovo atto di citazione, avrebbe dovuto riassumere il giudizio già introdotto, ai sensi del combinato disposto degli artt. 171 e 307 c.p.c.. Invero, la questione sollevata assume rilievo meramente formale, attesa la sostanziale identità di contenuto tra l'atto di citazione e l'atto di riassunzione. E' evidente peraltro che l'attore, notificando il nuovo atto di citazione, ha implicitamente rinunciato all'azione già promossa, ancora quiescente ai sensi dell'art. 307 co. 1 c.p.c.. Ad ogni modo, il richiamo all'istituto della litispendenza non è pertinente, trattandosi nella specie della riproposizione della stessa causa dinanzi allo stesso giudice, con la conseguenza che al più si sarebbe potuta invocare l'applicazione della disciplina della riunione di cui all'art. 273 c.p.c.

Quanto poi alla presunta inapplicabilità nella specie della disciplina dell'assicurazione obbligatoria, la società assicuratrice convenuta ha dedotto che l'attore è socio illimitatamente responsabile della s.n.c., proprietaria del veicolo danneggiante e titolare della polizza assicurativa. Invero tale circostanza, posta a fondamento dell'eccezione preliminare, non può in alcun modo incidere sull'operatività della copertura assicurativa, attesa l'autonoma soggettività giuridica della società contraente rispetto alla persona fisica del socio danneggiato.

Venendo all'esame del merito, le univoche risultanze dell'istruttoria espletata (cfr. la dichiarazione confessoria resa da in sede di interrogatorio formale, nonché le concordi dichiarazioni rese dai testi e) consentono di ricostruire la dinamica del sinistro nei termini seguenti.

In data 17.2.2003, socio lavoratore dell'impresa edile s.n.c., si trovava sul piano di calpestio di un impalcato ed era intento ad eseguire i lavori di

manutenzione di un immobile per civile abitazione, allorquando
nell'eseguire una manovra in retromarcia a bordo dell'autocarro Ford Transit di proprietà
della stessa s.n.c., colpì il detto impalcato provocando la caduta del [redacted], il quale,
in conseguenza del sinistro, riportò lesioni personali consistite in "Frattura medio-diafisaria
femore destro e frattura pluriframmentaria rotula destra (cfr. documentazione medica in atti).
Le prove orali raccolte convergono nel far ritenere l'esclusiva responsabilità del [redacted]
nella causazione del sinistro, nonché la responsabilità solidale della s.n.c., in qualità di
società proprietaria del veicolo danneggiante, e della [redacted] Ass.ni s.p.a., quale
compagnia assicuratrice del medesimo veicolo per i rischi connessi alla responsabilità civile
verso terzi. La [redacted] s.r.l., restando contumace, non ha infatti offerto la rigorosa prova
liberatoria richiesta dall'art. 2054 co. 3 c.c..

L'INAIL, con intervento adesivo autonomo ritualmente esperito, ha promosso azione di
surroga ex art. 1916 c.c. nei confronti dei detti obbligati solidali, poiché, integrando il sinistro
per cui è causa un'ipotesi di infortunio sul lavoro, aveva erogato in favore di [redacted]
prestazioni economiche assicurative a titolo di rendita per indennizzo del danno
biologico (invalidità permanente riconosciuta nella misura del 17%) e del danno
patrimoniale, nonché a titolo di rimborso delle spese mediche e di indennità per inabilità
assoluta al lavoro.

L'intervento dell'Ente Previdenziale impone di affrontare preliminarmente la questione
relativa alla possibilità per il lavoratore assicurato Inail di chiedere al responsabile del
sinistro il risarcimento del c.d. danno differenziale, costituito dalla differenza tra il
risarcimento astrattamente spettante sulla base dei principi civilistici e l'indennizzo erogato
dall'Inail.

Secondo un'impostazione più restrittiva, dopo l'entrata in vigore del d.lgs. n. 38 del 2000, che
prevede l'indennizzo anche del danno biologico da invalidità permanente, il lavoratore non
può ottenere dal datore o dal terzo responsabile il risarcimento del danno biologico
differenziale (ossia il pagamento, a titolo di danno biologico, di somme ulteriori rispetto

all'indennizzo erogato dall'INAIL per tale voce di danno), salvo il caso in cui lo stesso danneggiato provi la sussistenza, nel caso concreto, di componenti di danno biologico non indennizzate e tali da determinare una valutazione personalizzata del valore di punto da attribuire al danno biologico stesso (in tal senso v. Trib. Vicenza 3 giugno 2004, in Riv. it. dir. lav., 2005, II, 356).

Questo Giudicante ritiene tuttavia di dover aderire alla tesi della prevalente giurisprudenza di merito, secondo la quale l'indennità erogabile dall'INAIL in base ai parametri stabiliti dall'art. 13 Dlgs. n. 38 del 2000 non esclude la corresponsione del danno "differenziale", ovvero del maggior pregiudizio sofferto in concreto, in quanto la somma liquidabile a titolo di indennità, ex art. 13 Dlgs. n. 38 del 2000, non è esaustiva di tutti gli aspetti del danno biologico, costituendo un mero indennizzo finalizzato a garantire mezzi adeguati al lavoratore infortunato e non a risarcirlo integralmente dei danni riportati, con la conseguenza che, ove sia accertato un danno ulteriore rispetto alle somme liquidate dall'INAIL, è necessario procedere all'ulteriore risarcimento (cfr., ex ceteris, Trib. Piacenza, 4 giugno 2009, n. 401, in Giur. merito 2010, 1, 97; Trib. Monza, sez. IV, 16 giugno 2005 n. 1828, in Riv. giur. circ. trasp., 2005, 342; App. Torino 29 novembre 2004, in Foro it., 2005, I, 1911). Tale tesi si basa sul dato letterale dell'art. 13 d.lgs. n. 38/2000, che qualifica l'emolumento a carico Inail come «indennizzo», concetto notoriamente diverso dal concetto di risarcimento: il primo assolve ad una funzione sociale finalizzata a garantire mezzi adeguati alle esigenze di vita del lavoratore non solo strettamente economico-monetarie; il secondo ha invece lo scopo di risarcire il danno nell'esatta misura in cui si è verificato (cfr. in particolare Trib. Pinerolo 27 aprile 2004,; Cass. 30 luglio 2003 n. 11701; Trib. Cagliari 20 febbraio 2003, in RIMP, 2003, II, 65).

Quanto alla domanda di surroga proposta dall'Inail, giova sottolineare in punto di diritto che la surrogazione dell'assicuratore prevista dall'art. 1916 c.c. integra una successione a titolo particolare nel credito risarcitorio fino alla concorrenza dell'ammontare dell' indennizzo, la quale si verifica nel momento in cui l'assicuratore fornisce notizia al terzo responsabile del

pagamento effettuato all'assicurato, esprimendo la volontà di avvalersi della citata norma, ed implica l'opponibilità all'assicuratore delle eccezioni invocabili contro l'assicurato alla suddetta data, per effetto del subingresso dell'uno nella stessa posizione dell'altro (cfr. Cass. civ., sez. III, 17 maggio 2007, n. 11457; Cass. civ., sez. III, 19 maggio 2004, n. 9469).

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, gli obblighi assicurativi sono caratterizzati da certezza ed inderogabilità, oltre ad articolarsi in una molteplicità di prestazioni, non sempre quantificabili immediatamente in denaro, sicché il principio sancito dal primo comma dell'art. 1916 c.c. in tema di assicurazione privata contro i danni (secondo il quale la surrogazione dell'assicuratore consegue al pagamento dell'indennità da parte di quest'ultimo) subisce i necessari adattamenti, nel senso che per il verificarsi della surrogazione è sufficiente la semplice comunicazione, al terzo responsabile, dell'ammissione del danneggiato all'assistenza prevista dalla legge, accompagnata, come nella specie, dalla manifestazione di volontà di esercitare il diritto di surroga (sul tema, cfr. Cass. 4 dicembre 1997, n. 1232).

Invero, prima della riforma introdotta dal d.lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, la copertura assicurativa prestata obbligatoriamente dall'Inail in favore dei lavoratori comprendeva unicamente il danno da riduzione dell'attitudine al lavoro, e non il danno biologico. Tale circostanza aveva portato la S.C. - in virtù della nota giurisprudenza della Corte Costituzionale (sentenze n. 319 del 1989, n. 356 del 1991 e n. 485 del 1991) -, a ritenere che il giudice potesse accogliere l'azione di rivalsa dell'Inail (sia in caso di azione di regresso, di cui agli art. 10 e 11 d.P.R. n. 1124 del 1965, sia in caso di azione in surroga di cui all'art. 1916 c.c.) solo entro i limiti della somma liquidata in sede civile a titolo di risarcimento dei danni patrimoniali, previo accertamento dell'esistenza e dell'entità di tali danni, in base alle norme del codice civile, essendo al contrario preclusa all'ente la possibilità di aggredire le somme liquidate al danneggiato a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale (cfr. Cass. civ., sez. III, 10 gennaio 2008, n. 255; Cass. civ., sez. III, 9 agosto 2006, n. 17960; Cass. civ., sez. III, 29 settembre 2005, n. 19150).

Ciò in quanto la copertura assicurativa prevista dal precedente sistema di assicurazione sociale contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, non era riferibile al danno non patrimoniale (nelle sue varie componenti), essendo le indennità previste dal d.P.R. n. 1224 del 1965 collegate e commisurate esclusivamente ai riflessi che la menomazione psicofisica ha sull'attitudine al lavoro dell'assicurato e non assumendo alcun rilievo gli svantaggi, le privazioni e gli ostacoli che la menomazione stessa comporta con riferimento agli altri ambiti ed alle altre modalità di espressione della personalità del danneggiato nella vita di relazione, tra cui la stessa capacità di lavoro generico (cfr. Cass. civ., sez. III, 29 settembre 2005, n. 19150; Cass. civ., sez. III, 27 luglio 2001, n. 10289).

Tuttavia, deve ora necessariamente ritenersi che il danno biologico cui ha riguardo la nuova normativa previdenziale non può sostanziarsi in un concetto ontologicamente distinto da quello cui ha riguardo la normativa civilistica. Mentre ex art. 13 d.lg. n. 38/2000 devono essere cogentemente applicati i criteri di liquidazione disciplinati dalla tabella degli indennizzi, in relazione ai parametri previsti dalla tabella delle menomazioni, nel processo civile muta il tipo e l'entità della tutela che richiede una valutazione maggiormente complessa e personalizzata ai fini risarcitori. Ciò nondimeno, non può conseguire a queste diverse modalità di accertamento e liquidazione il venir meno del diritto dell'ente al recupero di quanto versato per il ristoro dello stesso danno.

È noto peraltro che l'esercizio della surrogazione da parte dell'ente assicuratore comporta la perdita della titolarità del credito del danneggiato nei confronti del responsabile e l'acquisto dello stesso da parte dell'assicuratore, con la conseguenza che qualora la capitalizzazione della rendita erogata superi il danno liquidato in sentenza in favore del danneggiato, nessun'altra somma è dovuta a quest'ultimo (cfr. ex multis Cass. civ., 15 luglio 2005, n. 15022). In particolare, per le ipotesi di invalidità (riconosciuta dall'ente assicuratore) pari o superiore al 16%, in cui, come nella specie, l'Inail eroga una rendita riferita per una quota al danno biologico e per l'altra alle conseguenze patrimoniali dell'inabilità permanente, il raffronto deve essere operato, in virtù del disposto dell'art. 10, comma 6 e 7, t.u. n.

1124/1965, avuto riguardo all'ammontare complessivo dei rispettivi ristori (civilistico e previdenziale), chè altrimenti una diversa soluzione comporterebbe un ristoro superiore all'ammontare del danno effettivamente subito (Trib. Bassano del Grappa 24.1.2006 n. 59). Infatti la norma di cui all'art. 10 d.P.R. n. 1124 del 1965, commi 6 e 7, prevede che il risarcimento spettante all'infortunato sul lavoro o ai suoi aventi diritto sia dovuto solo nella misura differenziale derivante dal raffronto tra l'ammontare complessivo del risarcimento e quello delle indennità liquidate dall'Inail in dipendenza dell'infortunio, al fine di evitare una ingiustificata locupletazione in favore degli aventi diritto, i quali, diversamente, percepirebbero, in relazione al medesimo infortunio, sia l'intero danno, sia le indennità. Tale danno "differenziale" deve essere, quindi, determinato sottraendo dall'importo del danno complessivo (liquidato dal giudice secondo i principi ed i criteri di cui agli artt. 1223 e ss., 2056 ss c.c.) quello delle prestazioni liquidate dall'Inail, riconducendolo allo stesso momento cui si riconduce il primo, ossia tenendo conto dei rispettivi valori come attualizzati alla data della decisione (Cassazione civile sez. III 25 maggio 2004 n. 10035).

Appare dunque necessario, alla stregua dei principi normativi ed interpretativi sopra citati, quantificare i danni subiti dal a seguito del sinistro per cui è causa, onde verificare se ed in che termini possa trovare accoglimento la domanda di risarcimento del danno differenziale.

Venendo allora alla quantificazione del danno biologico, connesso all'inabilità permanente e temporanea patita dal va rilevato che l'espletata consulenza tecnica medico-legale ha accertato che le lesioni riportate da quest'ultimo a causa del sinistro, consistite in "Frattura medio-diafisaria femore destro e frattura pluriframmentaria rotula destra", hanno comportato:

- un danno biologico permanente, per i postumi delle lesioni, quantificato in quattordici punti percentuali;
- una incapacità assoluta dell'attore ad attendere alle sue ordinarie attività (cd. inabilità temporanea assoluta) protrattasi per cinquanta giorni;

lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla capacità di produrre reddito. Dunque, dalla nozione di danno biologico risarcibile è del tutto estranea la componente della sofferenza che, affinché il danno non patrimoniale complessivamente considerato venga compiutamente risarcito, non può non essere considerata. Si può soffrire senza che ciò comprometta la salute (fisica o psichica), ma è certo che la compromissione della salute è accompagnata da sofferenza (che può essere particolarmente percepita, a seconda del tipo e del grado di infortunio, nel momento in cui quest'ultimo viene generato dal fatto altrui, oltre che nell'ambito temporale successivo fino almeno al periodo di inabilità temporanea).

Ne discende che la diversità ontologica tra il momento della sofferenza, intesa come dolore fisico e/o psichico, e quello dell'offesa alla salute (fisica o psichica), in termini di capacità di estrinsecazione dell'individuo, fugge il pericolo di duplicazione risarcitoria paventato dalle Sezioni Unite nelle motivazioni delle citate decisioni.

Nello stesso senso si è orientato l'Osservatorio per la giustizia civile di Milano che, con la tabella 2011, mira ad una liquidazione congiunta dei due diversi aspetti del danno non patrimoniale, l'uno strettamente connesso alla lesione dell'integrità psico-fisica (danno biologico), l'altro rappresentato dal dolore e dalla sofferenza soggettiva (danno morale). In pratica, il metodo milanese assume come base di calcolo un valore del punto di invalidità relativo alla sola componente di danno anatomico-funzionale e poi lo aumenta di una percentuale ponderata al fine di tener conto della ulteriore componente della sofferenza soggettiva. Invero, la tabella di liquidazione elaborata dal Tribunale di Milano ha raggiunto una diffusione quasi nazionale, nel senso che molti uffici giudiziari la considerano il metodo più congruo (oltre che quello storicamente più seguito) per la quantificazione del danno alla persona. In attesa dell'emanazione delle tabelle nazionali (previste dalle leggi n. 57/2001, n.

273/2002 ed ora dall'art. 138 del d.lgs. 209/2005, codice delle assicurazioni) quello dei giudici milanesi costituisce oggi il metodo più diffuso nella prassi giurisprudenziale, sicché, in assenza di un intervento legislativo che uniformi i criteri risarcitori a livello nazionale, esso assicura una tendenziale omogeneizzazione dei ristori sul territorio dello Stato, evitando che patologie identiche o analoghe vengano risarcite diversamente a seconda del criterio risarcitorio o della tabella di liquidazione applicati. -

A titolo di danno non patrimoniale permanente, in applicazione della detta tabella, va dunque liquidato un risarcimento pari ad euro 32.860,00, considerato che alla data del sinistro il ... aveva 53 anni.

Per quanto riguarda poi il danno non patrimoniale temporaneo, il Tribunale di Milano ha individuato, per ogni giorno di inabilità assoluta, un valore minimo di euro 91,00. Pertanto, va liquidata la somma di euro 4.550,00 per i 50 giorni di inabilità totale, la somma di euro 4.095,00 per i 90 giorni di inabilità parziale pari al 50% e la somma di euro 546,00 per i 30 giorni di inabilità parziale al 20%, così per un totale di euro 9.191,00.

Il danno non patrimoniale risarcibile in favore del ... ammonta quindi complessivamente ad euro 42.051,00. Tale importo è stato liquidato alla stregua dei valori correnti all'attualità, sicché i relativi importi non sono soggetti a rivalutazione monetaria, ma si devono riconoscere solo gli interessi legali a decorrere dalla data del sinistro (17.2.2003); è noto infatti che, mediante il riconoscimento degli interessi, si risarcisce il danno per il ritardato conseguimento della somma dovuta a titolo risarcitorio (mentre con la rivalutazione monetaria si risarcisce il danno emergente, conseguente alla svalutazione monetaria). Pertanto, per evitare un'indebita locupletazione, occorre devalutare alla data del sinistro le somme liquidate a titolo di danno non patrimoniale e calcolare gli interessi legali sulla somma rivalutata anno per anno fino al soddisfo.

Nulla può invece essere riconosciuto in favore dell'attore a titolo di risarcimento del danno patrimoniale. Quanto al danno emergente asseritamente costituito dalle spese mediche, non vi

è agli atti documentazione che comprovi l'effetto sostenimento di esborsi per prestazioni sanitarie. Per quanto concerne poi il danno da lucro cessante, l'attore non ha avanzato specifica domanda in tal senso, né ha allegato - e tantomeno provato - elementi obiettivi idonei a fondare un accertamento ed una valutazione della contrazione di reddito patita in conseguenza del sinistro.

Tornando ora ad esaminare la domanda di surroga del terzo interveniente, va preliminarmente osservato che il credito dell'Inail per rimborso delle prestazioni eseguite a favore dell'infortunato - verso il terzo autore del danno ovvero verso il datore di lavoro che sia parte del rapporto assicurativo - è credito di valore e non di valuta, corrispondendo alla passività patrimoniale che l'istituto subisce effettivamente in conseguenza degli esborsi o dello stanziamento di una determinata somma capitale produttiva della rendita da versare all'infortunato. Conseguentemente, se per effetto della revisione della tabella di capitalizzazione della rendita, intervenuta nel corso del giudizio, l'importo originariamente richiesto subisca un aumento, la maggior somma risultante non è che la valutazione della passività effettiva secondo parametri attuali che - trovando la loro fonte normativa in atti ufficiali dello Stato - esigono da parte del giudice una mera verifica esteriore ed un controllo aritmetico (cfr. Cass. civ., sez. III, 11 giugno 1994, n. 5683; Cass. civ., sez. lav., 17 novembre 1993, n. 11350). La richiesta della maggior somma corrispondente al valore capitale attuale della rendita liquidata, avanzata dall'Ente nel corso del giudizio di primo grado o nel giudizio di appello, non costituisce una domanda nuova ma una mera precisazione del *petitum* (ex plurimis: Cass. 18.3.1987 n. 2754). Va inoltre considerato, quanto alla correttezza delle modalità di calcolo ed alla ricorrenza delle condizioni di legge per il pagamento della rendita Inail, che la natura pubblica dell'Istituto comporta che esso svolga la sua azione attraverso atti emanati a conclusione di procedimenti amministrativi. Tali atti, così come attestati dal Direttore della sede erogatrice (nel caso della liquidazione delle prestazioni conseguenti ad infortunio sul lavoro), sono assistiti dalla presunzione di legittimità propria di tutti gli atti

amministrativi, che può venir meno solo di fronte a contestazioni precise e puntuali che individuino il vizio da cui l'atto in considerazione sarebbe affetto e offrano contestualmente di provarne il fondamento (Cass. 25. 7. 87 n. 6456 e 27. 4. 79 n. 2456). Pertanto, in difetto di contestazioni specifiche, deve ritenersi che la liquidazione delle prestazioni sia avvenuta nel rispetto dei criteri enunciati dalla legge, e che il credito relativo alle prestazioni erogate sia esattamente indicato sulla base della certificazione del direttore della sede. (ex plurimis: Cassazione civile sez. lav. 01 dicembre 1999 n. 13377).

Tuttavia, il diritto azionabile dall'Inail ai sensi dell'art. 1216 c.c. incontra il limite derivante dall'ammontare del risarcimento del danno dovuto ex art. 2043 e ss. cc (cfr Cass. sez. III, 18 aprile 1996, n. 3665). L'ente previdenziale succede infatti nello stesso diritto spettante al soggetto danneggiato, sicchè l'entità del danno risarcibile secondo i canoni civilistici costituisce un limite obiettivo della pretesa fatta valere in via surrogatoria.

Orbene, nella fattispecie in esame l'Inail ha certificato (cfr. documentazione versata in atti unitamente all'atto di intervento ed alla comparsa conclusionale) di aver erogato, a seguito della costituzione di una rendita ex art. 13 D.Lgs. 38/00, una somma complessivamente pari ad euro 61.357,08 alla data del 13 ottobre 2011. Appare dunque, da un lato, evidente che non residua un danno "differenziale" liquidabile autonomamente in favore del danneggiato, posto che il danno in questione è interamente assorbito dalla pretesa dell'Inail e, dall'altro, che la domanda ex art. 1916 c.c. proposta dall'ente può trovare accoglimento limitatamente alla somma di euro 42.051,00, oltre interessi legali dalla data di decorrenza della rendita (17.9.03). Al fine del calcolo degli interessi, dovrà prima devalutarsi la rendita alla data suddetta, computando poi gli interessi anno per anno sulla somma via via rivalutata fino al soddisfo.

Priva di pregio è l'argomentazione sostenuta dalla *Ass.ni. s.p.a.*, secondo cui l'entità del danno risarcibile in favore del danneggiato dovrebbe essere ridotta in ragione della scorrettezza del comportamento tenuto dall'attore, il quale non ha tempestivamente denunciato il sinistro e non ha nemmeno inviato in tempo utile la documentazione sanitaria

necessaria per la quantificazione della pretesa risarcitoria. Non vi è la prova, ed invero neppure una specifica allegazione, del pregiudizio subito dalla compagnia assicuratrice in conseguenza del ritardo da parte dell'attore nella presentazione della denuncia dell'infortunio. D'altronde, l'art. 1915 co. 2 c.c., che ricollega all'inadempimento dell'obbligo di avviso (e non al mero ritardo nell'adempimento dello stesso obbligo) l'effetto della riduzione dell'indennizzo assicurativo, disciplina i soli rapporti tra impresa assicuratrice ed assicurato, e non anche quelli tra impresa assicuratrice e terzo danneggiato. Nemmeno è invocabile, ai fini suddetti, la disciplina della mora del creditore, non rientrando tra gli effetti della *mora credendi* quello della riduzione dell'importo del credito vantato.

Nel rapporto processuale tra l'attore ed i convenuti, la peculiarità delle questioni di diritto trattate e le ragioni della decisione giustificano la compensazione delle spese processuali.

Nel rapporto processuale tra i convenuti ed il terzo interveniente, le spese seguono la soccombenza e sono liquidate come in dispositivo.

Le spese di c.t.u. liquidate in corso di causa vanno poste in via definitiva a carico dei convenuti, in solido tra loro.

P. Q. M.

Il Tribunale di Lucera, sezione distaccata di Rodi Garganico, disattesa ogni diversa istanza, eccezione o deduzione, definitivamente decidendo, in composizione monocratica, nella causa promossa da [redacted] nei confronti di [redacted], Impresa Edile [redacted] s.n.c., in persona del legale rappresentante pro tempore, e [redacted] Ass.ni s.p.a., in persona dei procuratori Leonardo Caggiano ed Ivo Capella, e con l'intervento volontario dell'Inail, in persona del l. r. pro tempore, così provvede:

- accerta l'esclusiva responsabilità di [redacted] nella causazione del sinistro occorso a [redacted], descritto in parte motiva;
- rigetta la domanda risarcitoria proposta da [redacted],

- accoglie per quanto di ragione la domanda proposta dall'Inail ai sensi dell'art. 1916 c.c., e, per l'effetto, condanna Impresa Edile s.n.c. e Ass.ni s.p.a., in solido tra loro, al pagamento in favore dell'Inail della somma di euro 42.051,00, oltre interessi legali dal 17.9.03 secondo i criteri indicati in parte motiva;
- compensa integralmente le spese nel rapporto processuale tra l'attore ed i convenuti Impresa Edile s.n.c. e Ass.ni s.p.a.;
- condanna Impresa Edile s.n.c. e Ass.ni s.p.a., in solido tra loro, al pagamento in favore dell'Inail delle spese processuali, che liquida in complessivi euro 5.666,51, di cui euro 16,51 per esborsi, euro 2.400,00 per diritti ed euro 3.250,00 per onorario, oltre IVA e CAP come per legge, e rimborso forfettario delle spese generali in ragione del 12,50% sull'importo degli onorari e dei diritti;
- pone in via definitiva a carico dei convenuti, in solido tra loro, le spese di c.t.u. liquidate in corso di causa.

Così deciso in Rodi Garganico, il 20.1.2012.

IL GIUDICE

dott. Giuseppe Sciscioli

Depositato in Cancelleria
oggi 20 GEN 2012



IL CANCELLIERE CH
Libera di Corato

E' copia conforme
all'originale



Rodi Garganico
IL CANCELLIERE CH
Libera di Corato

20 GEN 2012

dott. avv. A. Lupo P. Pelusi
 richieste n. 1 copie 1 K was offered
 in data 26 GEN 2012
 rilasciate il _____
 n. 15 fascie _____
 applicate marche per €.
14,56
 n. 2/12 reg. rilascio copie

Lupo

