

SENTENZA

Tribunale sez. X - Milano, 11/04/2023, n. 2894

Intestazione

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO
DECIMA CIVILE

RG n. 4337/2020

Il Tribunale, nella persona del Giudice dott. Damiano Spera
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile di I Grado iscritta al n. r.g. 4337/2020 promossa da:

P.B. (C.F. (omissis)), rappresentato e difeso dall'avvocato P.B. ILARIA, nonché dall'avvocato DEL MORO CESARE CARMELO MARIA ((omissis)) LARGO CAIROLI, 2 20121 MILANO;

ATTORE

contro

S.P. (C.F. (omissis)), CONTUMACE

COMUNE DI MILANO (C.F. (omissis)), rappresentato e difeso dall'avvocato CAPPA STEFANO

CONVENUTI

CONCLUSIONI

All'udienza di precisazione delle conclusioni in data 20.9.2022, le parti concludevano come da verbale di causa.

Concisa esposizione delle ragioni di fatto e di diritto della decisione

1. Svolgimento del processo

Con atto di citazione ritualmente notificato P.B. conveniva in giudizio S.P. e il Comune di Milano per chiederne la condanna in solido al risarcimento di tutti i danni patrimoniali e non patrimoniali subiti in seguito ad un'aggressione a lui occorsa in data 18.9.2016.

Instauratosi il contraddittorio, si costituiva in giudizio il Comune di Milano, chiedendo il rigetto delle domande attoree in quanto infondate e, in subordine, l'accertamento del concorso dell'attore nel verificarsi dell'evento.

All'udienza dell'8.10.2020, il Giudice, constatata la mancata costituzione del sig. S.P. e rilevato il mancato rispetto dei termini a comparire di cui all'art. 163-bis c.p.c., dichiarava la nullità dell'atto di citazione assegnando termine all'attore per la rinotifica dello stesso al convenuto non costituito fino al 17.11.20 e rinviava così l'udienza al 23.2.21.

All'udienza del 23.2.21, verificata la ritualità della predetta rinotifica nei confronti del sig. S.P., constatata la mancata costituzione di quest'ultimo, ne dichiarava la contumacia e concedeva i termini di cui all'art. 183, co. 6, c.p.c.

Con ordinanza emessa fuori udienza in data 23.6.2021 il Giudice disponeva CTU-medico legale sulla persona dell'attore e, accogliendo l'istanza ex art. 210 c.p.c. proposta dal convenuto Comune di Milano, ordinava all'attore e alla Zurich Insurance PLC di depositare copia della polizza assicurativa stipulata dalla predetta compagnia con il sig. P.B., nonché la quietanza comprovante l'avvenuto pagamento in favore di quest'ultimo dell'indennizzo assicurativo corrisposto per l'infortunio occorso in seguito all'aggressione del 18.9.2016.

All'udienza del 23.2.2022, accertato l'avvenuto deposito della predetta documentazione da parte della Zurich Insurance PLC, le parti concordemente davano atto che la compagnia assicuratrice aveva versato all'attore in data 15.11.2017 la somma di euro 27.000,00 a titolo di indennizzo. Alla stessa udienza, il Giudice invitava le parti a conciliare la lite e rinviava per la precisazione delle conclusioni all'udienza del 20.9.2022.

All'udienza del 20.9.2022, il Giudice, fatte precisare dalle parti le proprie conclusioni, concedeva alle stesse termini per il deposito delle comparse conclusionali e delle memorie di replica e, alla scadenza dell'ultimo termine, tratteneva la causa per la decisione.

2. Sull'an debeatur

Il sig. P.B. agiva in giudizio al fine di far accertare la responsabilità di S.P. e del Comune di Milano per l'aggressione da lui subita in data 18.9.2016.

Esponneva, in particolare, l'attore che, nella data suindicata, mentre si trovava nel proprio appartamento sito a Milano, Piazza Castello, udiva musica ad alto volume provenire dalla pubblica via ove S.P. - un artista di strada, autorizzato dal Comune di Milano ad esibirsi in loco (come da aut. n. (omissis), di cui al doc. 5 allegato alla citazione) - stava intrattenendo il pubblico con alcuni "balletti".

Sicché, il sig. P.B., infastidito dal rumore, usciva dalla propria abitazione e invitava il convenuto S.P. ad abbassare il volume, il quale tuttavia reagiva in modo aggressivo, dapprima rivolgendo insulti all'attore e, in un secondo momento, colpendolo con un violento pugno al volto.

In conseguenza della colluttazione, interveniva immediatamente il personale di Polizia Locale già presente sul posto che provvedeva a redigere la relazione di servizio e a richiedere l'intervento dell'ambulanza per soccorrere il sig. P.B.; questi veniva così condotto al Pronto Soccorso dell'Ospedale (omissis) di Milano ove gli veniva diagnosticata un "trauma orbitario dx con Frattura pluriframmentaria del pavimento orbitario di destra, con affondamento dei frammenti nel seno mascellare, protrusione di adipe orbitario e prominente del muscolo retto inferiore a livello del focolaio fratturativo. Frattura della parete mediale dell'orbita, con infossamento di alcune lamelle ossee dell'etmoide" (cfr. doc. 6 allegato alla citazione).

In conseguenza dei fatti sopra descritti, l'attore conveniva in giudizio, oltre al sig. S.P., autore materiale della condotta di aggressione sopra descritta, anche il Comune di Milano che, nella prospettiva attorea, non avrebbe adempiuto ai doveri di prudenza e diligenza sullo stesso incumbenti, i quali, ove osservati, avrebbero verosimilmente scongiurato il verificarsi del danno patito dal sig. P.B.

2.1. Sull'an debeatur nei confronti di S.P.

Ritiene questo Giudice che le domande proposte in giudizio dall'attore nei confronti del convenuto S.P. debbano essere accolte, essendo provata la responsabilità di quest'ultimo per il danno patito da parte attrice.

Deve anzitutto rilevarsi come il convenuto S.P. sia stato imputato nel procedimento penale n. 6293/17 per il delitto di lesioni personali ex artt. 61 n.1, 582, 583 co. 1 c.p., perché "spintonando P.B., facendolo cadere a terra e poi colpendolo con un pugno al volto, gli cagionava lesioni personali consistite in "frattura della parete mediale dell'orbita, con infossamento di alcune lamelle ossee dell'etmoide" dalle quali derivava una malattia ed un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore a quaranta giorni. Con l'aggravante di aver commesso il fatto per motivi futili, per essersi il P.B. lamentato del volume della musica utilizzata dallo S.P. per esibirsi quale artista di strada" (cfr. doc. 23

allegato all'atto di citazione). Tale contestazione di responsabilità penale contenuta nel capo di imputazione trova pieno riscontro nella ricostruzione dei fatti operata nell'atto di citazione.

Peraltro, in esito a detto procedimento, con sentenza n. 1401/17, resa ai sensi art. 444 c.p.p., il Tribunale di Milano applicava a S.P. su richiesta delle parti la pena di un anno e 6 mesi di reclusione per i reati per cui lo stesso era imputato (cfr. doc. 23 allegato all'atto di citazione). In particolare, nella succinta motivazione del Tribunale di Milano, si rilevava quanto segue: "risulta corretta la qualificazione giuridica dei fatti: l'imputato colpendo P.B. al volto con un pugno, gli procurava lesioni giudicate guaribili, secondo quanto si evince dalla documentazione medica in atti, in oltre quaranta giorni. Ricorrono le circostanze aggravanti, oltre che per la durata della malattia, anche per i futili motivi: un litigio sorto per il volume della musica troppo alto".

Deve evidenziarsi che il più recente indirizzo giurisprudenziale, pur escludendo un'efficacia vincolante della sentenza di patteggiamento nel giudizio civile di risarcimento del danno, precisa che, in tale sede, la menzionata sentenza può costituire un indizio liberamente valutabile dal Giudice unitamente ad altri elementi (cfr. Cass., sent. n. 7014/2020).

Nel caso in esame, la responsabilità del sig. S.P. trova riscontro, oltre che nella sentenza di applicazione pena su richiesta delle parti ex art. 444 c.p.p., anche nella relazione di servizio redatta dalla Polizia Locale (cfr. doc. 4 allegato all'atto di citazione), nella documentazione di pronto soccorso (cfr. doc. 6 allegato alla citazione), nelle fotografie del volto tumefatto dell'attore (cfr. doc. 2 allegato alla citazione), nelle lettere di scuse a firma del danneggiante (cfr. doc. 19 allegato alla citazione), nonché nella dichiarazione scritta resa da quest'ultimo (cfr. doc. 2 allegato alla comparsa di risposta).

Alla luce di tutto quanto sopra, deve dunque conclusivamente ritenersi che il sig. S.P., autore materiale della condotta di aggressione perpetrata in data 18.9.2016 nei confronti del sig. P.B., sia responsabile dei danni di cui quest'ultimo chiede in questa sede il risarcimento.

2.2. Sull'an debeat del Comune di Milano

Le domande proposte dal sig. P.B. nei confronti del Comune di Milano non possono invece trovare accoglimento.

Parte attrice sostiene la responsabilità del Comune di Milano, in quanto lo stesso, serbando una condotta gravemente negligente, avrebbe concorso a cagionare il danno di cui in questa sede si chiede il risarcimento.

Nello specifico, ad avviso dell'attore, l'Amministrazione comunale avrebbe dovuto avvedersi che il sig. S.P. fosse soggetto pericoloso in quanto già condannato in via definitiva per diversi reati - pornografia minorile, detenzione di materiale pedopornografico e minaccia (come da

casellario giudiziale di cui al doc. 22 allegato alla citazione) - e, per l'effetto, non avrebbe dovuto concedergli l'autorizzazione (aut. n. (omissis)) ad esibirsi sulla pubblica via.

In alternativa, anche a non voler ritenere ostativi i predetti precedenti penali, il Comune di Milano avrebbe quanto meno dovuto revocare la concessa autorizzazione all'esibizione dopo che alcuni privati avevano già segnalato all'Amministrazione locale diversi episodi di aggressività del sig. S.P.

Inoltre, sempre ad avviso dell'attore, posto che il convenuto era stato autorizzato ad esibirsi sulla pubblica via a condizione di "tenere il volume basso", il Comune di Milano avrebbe dovuto vigilare sul rispetto di detta prescrizione, vigilanza che avrebbe scongiurato lo scontro con il sig. P.B., originato proprio perché quest'ultimo si doleva col convenuto del (ritenuto) insopportabile frastuono.

2.2.1. Sulla questione di giurisdizione

Prima di esaminare nel merito la fondatezza della domanda proposta dall'attore nei confronti del Comune di Milano, occorre affermare la sussistenza della giurisdizione in capo al Giudice adito.

L'attore, pur richiamando un provvedimento amministrativo (aut. n. (omissis)), lo invoca quale elemento di una complessiva condotta negligente serbata dall'Amministrazione comunale.

Il sig. P.B., infatti, eccepisce a più riprese la violazione da parte della predetta Amministrazione del generale dovere del *neminem laedere*, contestando dunque al Comune di Milano, non già di aver adottato un provvedimento illegittimo, ma di aver posto in essere una condotta contraria agli ordinari doveri di prudenza e diligenza gravanti sull'Amministrazione al pari di ogni soggetto privato. Sicché, al cospetto di tale colpevole comportamento dell'ente pubblico, si configura in capo all'attore una posizione di diritto soggettivo - e non già di interesse legittimo - con conseguente giurisdizione del Giudice adito.

Sul punto, basti richiamare il costante orientamento della giurisprudenza di legittimità, nella parte in cui afferma che "la giurisdizione esclusiva del Giudice amministrativo non è estensibile alle controversie nelle quali la P.A. non esercita alcun potere pubblico, in particolare va riconosciuta la giustiziabilità davanti al giudice ordinario in tutte le controversie in cui si denunzino comportamenti configurati come illeciti ex art. 2043 cod. civ., e a fronte dei quali, per non avere la P.A. osservato condotte doverose, la posizione soggettiva del privato non può che definirsi di diritto soggettivo, restando escluso il riferimento ad atti e provvedimenti, di cui la condotta dell'amministrazione sia esecuzione, quando essi non costituiscano oggetto del giudizio, per essersi fatta valere in causa unicamente l'illiceità della condotta dell'ente pubblico, suscettibile di incidere sulla incolumità e i diritti patrimoniali del terzo, potendo in tali casi il giudice ordinario non solo condannare l'amministrazione al

risarcimento, ma anche ad un "facere" specifico senza violazione del limite interno delle sue attribuzioni" (cfr. Cass., Sez. Unite, sent. n. 20117/2005).

2.2.2. Sulla (in)fondatezza della domanda nei confronti del Comune di Milano

Tanto chiarito in punto di giurisdizione, le domande proposte dall'attore nei confronti del Comune di Milano devono essere rigettate nel merito, non sussistendo alcuna colpa condotta attiva/omissiva addebitabile all'ente pubblico e, prima ancora, non ricorrendo nella specie il nesso di causa tra le presunte negligenze contestate all'Amministrazione e il danno patito dall'attore.

Ed invero, il Comune di Milano ha diligentemente predisposto un'articolata disciplina che - attraverso la previsione di un'apposita piattaforma online di gestione ("Stradarte") - consente le esibizioni degli artisti di strada solo previo ottenimento da parte degli stessi di apposita autorizzazione rilasciata dal Comune stesso.

Nel caso di specie, l'Amministrazione comunale ha ritenuto di autorizzare l'esibizione del sig. S.P., secondo una valutazione discrezionale non irragionevole, in quanto i precedenti penali del convenuto risultavano molto risalenti - essendo sentenze del 2004 e del 2005 - e atteso che le segnalazioni pervenute al Comune riguardavano episodi dallo stesso ente locale ritenuti non gravi e comunque non corroborati da testimonianze o da accertamenti di pubblici ufficiali.

Peraltro, l'ente pubblico, oltre ad avere puntualmente predisposto la procedura di autorizzazione sopra descritta, ha poi appositamente previsto un controllo successivo sulle esibizioni degli artisti di strada assicurando la presenza costante del personale di Polizia Locale sulla pubblica via il giorno degli spettacoli.

Ciò è del resto confermato dalla vicenda in esame, essendo incontestato che la Polizia Locale, presente in loco proprio al fine di vigilare sugli spettacoli degli artisti di strada, è intervenuta immediatamente dopo la (repentina) aggressione, redigendo apposita relazione di servizio (cfr. doc. 4 allegato all'atto di citazione).

Alla luce di quanto esposto non può dunque muoversi alcun rimprovero di negligenza al Comune di Milano e deve pertanto escludersi la responsabilità dello stesso ente pubblico in relazione all'aggressione subita dal sig. P.B.

Anzi, a ben vedere, anche a voler ipotizzare un qualche profilo di colpa nell'operato dell'Amministrazione, non potrebbe comunque sostenersi la responsabilità di quest'ultima per via della mancanza del nesso di causa tra ipotetiche condotte rimproverabili al Comune e il danno subito dal sig. P.B.

Sebbene invero il sig. S.P. si trovasse sul luogo dei fatti proprio per realizzare le esibizioni autorizzate dal Comune, la sua presenza in loco a tal fine ha integrato al più una mera occasione, non già la causa del danno subito dal sig. P.B. Il pregiudizio lamentato dall'attore è infatti riconducibile alla conseguenza immediata di una lite tra passanti, evento del tutto imprevedibile ed estemporaneo, sfuggendo ad ogni possibilità di controllo da parte del Comune di Milano.

Sarebbe del resto inesigibile pretendere da qualsiasi ente locale di esercitare un penetrante controllo preventivo sui consociati transitanti sul proprio territorio al fine di prevenire ogni possibile episodio di colluttazione.

Sotto questo profilo, non sono conferenti i richiami offerti dall'attore alle sentenze di merito del Tribunale di Rimini e del Tribunale di Brescia (cfr. doc. prodotti all'udienza del 23.2.2021), posto che, nelle pronunce citate, è stata accertata la responsabilità degli enti locali per danno cagionato da immissioni sonore intollerabili, rispetto alle quali le Amministrazioni convenute non avevano adottato le doverose cautele.

Il caso in esame è invece del tutto diverso, posto che il danno sofferto dall'attore non è causalmente collegato alle emissioni sonore in sé - attività astrattamente controllabile dall'ente pubblico - ma, come anticipato sopra, è l'effetto di una lite tra passanti che, quale fenomeno del tutto estemporaneo ed eccezionale, sfugge ad ogni possibilità di controllo dell'ente pubblico.

La domanda proposta nei confronti del Comune di Milano deve essere dunque rigettata, non potendosi rinvenire in capo allo stesso alcun profilo di responsabilità in ordine ai danni lamentati dall'attore.

2.2.3. Sulla responsabilità da contatto sociale

Va infine evidenziato che non può neppure ravvisarsi in capo al Comune di Milano la invocata responsabilità da contatto sociale.

La teoria del contatto sociale presuppone la sussistenza di una relazione qualificata tra due soggetti determinati, in virtù della quale si generano tra le parti obblighi di protezione la cui violazione dà luogo a responsabilità contrattuale.

Nel caso in esame, è di tutta evidenza come non sussista alcuna relazione qualificata tra l'attore e il Comune di Milano in grado di porsi quale fonte dei predetti obblighi di protezione.

Del resto, diversamente opinando, dovrebbe sostenersi una responsabilità da contatto sociale in capo a tutti gli enti locali nei confronti dei propri cittadini. Tale conclusione contrasterebbe

però con lo stesso fondamento della teoria del contatto sociale che, come sopra accennato, postula un rapporto tra soggetti determinati.

Tali conclusioni non trovano smentita nella giurisprudenza della Cassazione richiamata dall'attore (Cass., ord. n. 8236 del 2020 e Cass., sent. n. 615 del 2021, di cui ai doc. prodotti all'udienza del 23.2.21), la quale si riferisce al diverso caso in cui sia stato già instaurato uno specifico procedimento amministrativo nell'ambito del quale grava sull'Amministrazione il dovere di tenere nei rapporti con il privato istante una condotta conforme ai principi di correttezza e buona fede, la cui frustrazione può giustificare una responsabilità contrattuale da contatto sociale in capo all'ente pubblico medesimo.

Nel caso in esame, invece, non si è al cospetto di alcun procedimento amministrativo attivato su specifica istanza dell'attore e non possono dunque ravvisarsi gli estremi di quella relazione qualificata tra soggetti determinati cui si è fatto cenno sopra.

Conseguentemente, deve rigettarsi la domanda proposta dall'attore nei confronti del Comune di Milano anche sotto il profilo della responsabilità da contatto sociale.

3. Sul quantum debeatur nei confronti del convenuto S.P.

3.1. Sul danno non patrimoniale

Ai fini della quantificazione del danno risarcibile è stata effettuata, in corso di causa, una CTU medico-legale. L'ausiliario dell'Ufficio, il cui elaborato appare ben argomentato, completo e meritevole di adesione da parte del Tribunale, ha concluso nel senso che l'attore ha subito:

- un'invalidità temporanea assoluta al 100% per 2 giorni;
- un'invalidità temporanea parziale al 75% per 30 giorni;
- un'invalidità temporanea parziale al 50% per 60 giorni;
- un'invalidità temporanea parziale al 25% per 60 giorni;
- una sofferenza per la patita invalidità temporanea giudicata di grado "lieve" (2/5);
- un'invalidità permanente del 6%
- una sofferenza per la patita invalidità permanente giudicata "lievissima"

Ai fini del risarcimento, il danno biologico deve essere considerato in relazione all'integralità dei suoi riflessi pregiudizievoli rispetto a tutte le attività, le situazioni e i rapporti in cui la persona esplica se stessa nella propria vita; non soltanto, quindi, con riferimento alla sfera produttiva, ma anche con riferimento alla sfera spirituale, culturale, affettiva, sociale, sportiva,

e a ogni altro ambito e modo in cui il soggetto svolge la sua personalità e cioè a tutte le attività realizzatrici della persona umana (così la Corte Costituzionale, sent. n. 356/1991; v. altresì Corte Costituzionale, sent. n. 184/1986).

Va ulteriormente precisato che, come recentemente statuito dalla Suprema Corte (cfr. Cass., ord. n. 7513/2018), il danno biologico consiste in una ordinaria compromissione delle attività quotidiane (gli aspetti dinamico relazionali).

Il danno alla salute, quindi, non comprende i pregiudizi dinamico relazionali ma è esattamente il danno dinamico relazionale.

Consegue che il danno alla vita di relazione è risarcibile oltre la misura liquidata in base ai punti percentuali accertati in sede medico legale, qualora si sia concretato non già in conseguenze comuni a tutti i soggetti che patiscano quel tipo di invalidità, ma in conseguenze peculiari del caso concreto che abbiano reso il pregiudizio patito dalla vittima diverso e maggiore rispetto a casi consimili; qualora, quindi, consista in una conseguenza straordinaria, non avente base organica e quindi estranea alla determinazione medico legale.

Inoltre, nei punti 8 e 9 dell'ordinanza “decalogo” n. 7513/2018 si stigmatizza:

8) “in presenza di un danno alla salute, non costituisce duplicazione risarcitoria la congiunta attribuzione di una somma di denaro a titolo di risarcimento del danno biologico, e di una ulteriore somma a titolo di risarcimento dei pregiudizi che non hanno fondamento medico-legale, perché non aventi base organica ed estranei alla determinazione medico-legale del grado percentuale di invalidità permanente, rappresentati dalla sofferenza interiore (quali, ad esempio, il dolore dell'animo, la vergogna, la disistima di sé, la paura, la disperazione)”;

9) “ove sia correttamente dedotta ed adeguatamente provata l'esistenza d'uno di tali pregiudizi non aventi base medico-legale, essi dovranno formare oggetto di separata valutazione e liquidazione”.

Ebbene dopo ampia analisi, l'Osservatorio di Milano ha ritenuto di rendere le tabelle compatibili con i nuovi orientamenti della Cassazione e della Medicina legale e con gli artt. 138 e 139 d.lgs. n. 209/2005 (c.d. Codice delle assicurazioni private). A tal fine, nell'edizione 2021, si è proceduto ad una rivisitazione grafica della Tabella del danno non patrimoniale da lesione del bene salute e della (correlata) Tabella del danno definito da premorienza, fermi i valori monetari come aggiornati secondo gli indici ISTAT.

Per quanto riguarda la Tabella del danno da lesione del bene salute, l'Osservatorio, lasciando invariati i valori espressi nella seconda e quarta colonna della Tabella, ha apportato le seguenti modifiche:

a) nella terza colonna della Tabella (che nella edizione 2018 conteneva solo l'indicazione dell'aliquota percentuale di aumento del punto di danno biologico per la componente di sofferenza soggettiva) è stata aggiunta la specifica indicazione dell'aumento in termini monetari;

b) nella quinta colonna della Tabella (che nella edizione del 2018 recava solo l'ammontare complessivo del danno non patrimoniale, inclusivo del danno biologico e del danno morale/sofferenza soggettiva) è stata aggiunta l'indicazione dell'importo monetario di ciascuna delle citate componenti;

c) infine, si è aggiornata la terminologia usata nell'intestazione delle colonne, prendendo atto che le voci di danno non patrimoniale, prima denominate “danno biologico” e “danno morale/sofferenza soggettiva”, sono attualmente dalla giurisprudenza di legittimità e dalla dottrina definite, rispettivamente, come “danno biologico/dinamico-relazionale” e “danno da sofferenza soggettiva interiore” (media presumibile), ordinariamente conseguente alla lesione dell'integrità psicofisica accertata.

Circa l'entità del risarcimento, il giudice liquiderà senz'altro l'importo indicato nella quinta colonna come compensativo del “danno biologico/dinamico-relazionale”.

Il giudice dovrà invece valutare se l'importo indicato sempre nella quinta colonna, come presumibilmente compensativo del “danno da sofferenza soggettiva interiore media”, sia congruo in relazione alla fattispecie concreta.

In altre parole, l'applicazione della Tabella non esonera affatto il giudice dall'obbligo di motivazione in ordine al preventivo necessario accertamento dell'an debeat (sussistenza e consistenza delle componenti del danno, con prova che può darsi anche in via presuntiva); l'applicazione degli importi di cui alla Tabella esprime, invece, esercizio del potere di liquidazione equitativa del giudice e pertanto attiene alla fase del quantum debeat e cioè alla valutazione della congruità degli importi liquidati, in relazione alle circostanze di fatto allegare e provate dalle parti nella fattispecie concreta, anche sulla base delle emergenze della C.T.U.

Per il danno biologico temporaneo, la Tabella Milanese prevede quale importo standard la somma di euro 72,00 a titolo di danno biologico dinamico relazionale e di euro 27,00 a titolo di danno da sofferenza soggettiva interiore media presumibile, con possibilità di personalizzare il danno nella misura massima del 50%.

Nel caso di specie, considerato che il danno di cui l'attore richiede il risarcimento è diretta conseguenza di un reato doloso, non vi è dubbio che vi sia una maggiore intensità delle sofferenze psicofisiche patite dalla vittima rispetto a quelle generalmente patite nei casi

oggetto di monitoraggio da parte dell'Osservatorio sulla giustizia civile presso il Tribunale di Milano.

Per tale ragione, deve procedersi ad una adeguata personalizzazione del danno da sofferenza soggettiva interiore. Non vi è infatti chi non veda che le lesioni personali accertate nel presente giudizio (di cui all'art. 582 c.p.) e relative aggravanti (ex artt. 61 n. 1 e 583 c.p.), causino una maggiore intensità delle sofferenze psicofisiche patite dalla vittima rispetto alla medesima durata di inabilità temporanea e al medesimo punto percentuale per danno biologico permanente subiti a seguito di un sinistro stradale o di reati colposi o altri atti/fatti anche privi di rilevanza penale (v. in tal senso anche i "Criteri orientativi" della Tabella milanese per la liquidazione del danno non patrimoniale per la lesione del bene salute - Edizione 2021).

Per tale ragione, si ritiene equo procedere ad una personalizzazione del danno da sofferenza soggettiva interiore nei termini della personalizzazione massima prevista dalla Tabella Milanese in materia di danno biologico (pari al 50%), sia temporaneo che permanente, e da applicarsi sui valori compensativi della sofferenza interiore.

Tenuto conto dei parametri indicati nelle Tabelle Milanesi del 2021, nonché delle risultanze della CTU medico-legale sopra richiamate, ritiene il Tribunale che il danno biologico subito dall'attore debba essere liquidato in complessivi euro 7.818,75 per inabilità temporanea, di cui euro 2.814,75 a titolo di sofferenza (assumendo come importo standard personalizzato euro 40,50) ed euro 5.004,00 quale danno dinamico-relazionale.

Per il danno biologico permanente, la Tabella milanese indica, a titolo di danno biologico dinamico-relazionale e di sofferenza interiore per un soggetto di 67 anni alla data della fine della malattia (17.2.2017) e con la percentuale di invalidità del 6%, i seguenti importi standard: euro 6.626,00 a titolo di danno biologico dinamico-relazionale ed euro 1.657,00 a titolo di danno da sofferenza interiore media presumibile.

Per le stesse ragioni sopra evidenziate con riferimento all'inabilità temporanea, anche con riguardo al danno permanente dev'essere personalizzata la componente di sofferenza interiore nella misura massima consentita dalle Tabelle milanesi che, nel caso di specie, è del 50%. Conseguentemente, l'importo standard personalizzato da prendersi a riferimento è di euro 2.485,50.

Pertanto, stimasi equo liquidare, per il complessivo risarcimento del danno non patrimoniale da lesione permanente del diritto alla salute, la complessiva somma di euro 9.111,50 (euro 6.626,00 + euro 2.485,50).

3.2. Sul danno patrimoniale e statuizioni di condanna

Non constano invece esborsi subiti dall'attore, posto che il CTU ha ritenuto che “non vengono allegare spese di cura”.

Pertanto, il danno complessivamente dovuto all'attore è pari ad euro 16.930,25.

Deve inoltre rilevarsi che - come riconosciuto dalla stessa parte attrice - il convenuto ha provveduto a corrispondere in data 21.6.17 un acconto di euro 200,00 (v. doc. 19 allegato all'atto di citazione) somma che, rivalutata ad oggi, è pari ad euro 235,00, che andrà scomputata dalla somma finale dovuta.

Residua quindi ancora dovuta la somma di euro 16.695,25, liquidata in moneta attuale

Sulle somme liquidate in favore dell'attore devono essere riconosciuti gli interessi compensativi del danno derivante dal mancato tempestivo godimento dell'equivalente pecuniario del bene perduto.

Gli interessi compensativi - secondo l'ormai consolidato indirizzo delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione (v. Cass., sent. n. 1712/1995) - decorrono dalla produzione dell'evento di danno sino al tempo della liquidazione; per questo periodo, gli interessi compensativi si possono calcolare applicando un tasso annuo medio ponderato, equitativamente determinato, sul danno rivalutato.

Da oggi, giorno della liquidazione, all'effettivo saldo decorrono gli interessi legali sulla somma rivalutata.

Pertanto, alla luce degli esposti criteri, il convenuto S.P. dev'essere condannato al pagamento, in favore dell'attore, della complessiva somma di euro 16.695,25, liquidata in moneta attuale, oltre:

- interessi compensativi, al tasso annuo medio ponderato del 1%, sulla somma di euro 7.818,75 dalla data del 18.9.2016 al 21.6.2017 (data dell'acconto);
- interessi compensativi, al tasso annuo medio ponderato del 1%, sulla somma di euro 9.111,50 dal 17.2.2017 (data della fine della malattia) al 21.6.2017 (data dell'acconto);
- interessi compensativi, al tasso annuo medio ponderato del 1%, sulla somma di euro 16.695,25 dal 22.6.17 alla data della presente sentenza;
- interessi, al tasso legale, sulla somma di euro 16.695,25 dalla data della presente sentenza al saldo effettivo.

4. Sulla controversa operatività della compensatio lucri cum danno alla polizza infortuni

Tanto chiarito circa l'an e il quantum debeatur, resta da dipanare un'ultima questione che, per la sua complessità, richiede un'attenta considerazione.

Nel corso del presente processo è emerso che, in data 15.11.2017, la Zurich Insurance PLC, compagnia assicuratrice presso la quale l'attore aveva concluso una polizza infortuni, ha versato al proprio assicurato, sig. P.B., in conseguenza del danno dallo stesso patito a causa dell'aggressione del 18.9.2016, un indennizzo di euro 27.000,00.

In considerazione di tale circostanza, il Comune di Milano, richiamando il principio della compensatio lucri cum damno, ha eccepito che l'obbligazione risarcitoria fatta valere dall'attore dovesse ritenersi integralmente estinta con l'indennizzo dallo stesso già percepito dalla propria compagnia assicurativa. Come noto, l'istituto della compensatio lucri cum damno impone di scomputare, dal risarcimento del danno dovuto da fatto illecito, gli eventuali effetti vantaggiosi che il danneggiato abbia tratto quale conseguenza diretta del fatto dannoso medesimo.

Si tratta allora di decidere se, nella fattispecie concreta, possa operare il principio in esame e, per l'effetto, se dal risarcimento del danno dovuto al sig. P.B. (liquidato come sopra) debba essere scomputata la somma dallo stesso percepita dalla propria compagnia assicurativa (importo che, peraltro, essendo di fatto superiore al risarcimento liquidato, operando la compensatio, determinerebbe l'estinzione dell'obbligazione risarcitoria dello S.P.).

4.1. Sul contratto assicurativo stipulato dal sig. P.B.

Al fine di una migliore comprensione della questione, occorre preliminarmente inquadrare la natura e le condizioni della polizza assicurativa stipulata dal sig. P.B.

Ebbene, l'attore, in data 4.4.2012, stipulava con la Zurich Insurance PLC una polizza, denominata "Fortuna", in forza della quale, verso il pagamento dei premi convenuti, la compagnia assicurativa si obbligava a garantire l'assicurato contro il rischio di morte o invalidità permanente derivante da infortunio.

Più precisamente, nelle condizioni contrattuali si prevedeva che, al verificarsi di uno degli eventi assicurati, la Zurich avrebbe dovuto corrispondere al sig. P.B. (o, in caso di morte, a sua moglie) un indennizzo quantificato applicando un importo percentuale - variabile a seconda del grado di invalidità

- sulla somma assicurata, la quale veniva convenzionalmente pattuita dalle parti in euro 300.000,00. Si prevedeva altresì la corresponsione da parte della compagnia di un indennizzo volto a ristorare le spese mediche sostenute in conseguenza di eventuali infortuni occorsi al sig. P.B. entro un massimale annuo di euro 2.500,00.

Deve sin d'ora evidenziarsi - essendo circostanza determinante ai fini della risoluzione della questione in esame - che nelle "condizioni di assicurazione" della polizza (denominata "Fortuna") le parti inserivano concordemente la seguente clausola rubricata "rinuncia alla rivalsa": "la Compagnia rinuncia a favore dell'assicurato, o degli aventi diritto, ad ogni azioni di regresso verso i terzi responsabili per le prestazioni da essa effettuate in virtù del presente contratto" (v. doc. depositato dalla Zurich Insurance PLC in data 28.8.2021).

La polizza stipulata dal sig. P.B. rientra nel genus - socialmente tipico - delle assicurazioni private contro gli infortuni, definibili come contratti con cui "l'assicuratore, previa corresponsione di un premio, si obbliga al pagamento di una certa somma all'assicurato, nel caso di lesione dovuta a causa fortuita, violenta ed esterna che ne determini l'inabilità temporanea o l'invalidità permanente, ovvero ad un terzo beneficiario, nel caso di morte dell'assicurato medesimo conseguente ad infortunio" (cfr. Cass., Sez. Unite, sent. n. 5119/2002).

Nello specifico, nel caso in esame, il sig. P.B., stipulando la polizza "Fortuna", si è garantito contro il rischio di riportare un'invalidità permanente o la morte in conseguenza di un infortunio, estendendo peraltro la copertura anche alle spese mediche sostenute in conseguenza del trauma e prevedendo espressamente una rinuncia preventiva della Zurich Insurance PLC a far valere il proprio diritto di rivalsa verso l'eventuale terzo responsabile del danno.

In concreto, l'attore, a fronte dell'aggressione subita in data 18.9.2016, azionava la predetta polizza e, vedendosi riconosciuto dal perito della compagnia un grado di invalidità del 9%, otteneva un indennizzo di euro 27.000,00, pari al 9% (valore tratto dalla tabella di cui alla pag. 3 delle condizioni generali e incrementato del c.d. bonus franchigia di cui a pag. 12 dello stesso contratto) della somma assicurata di euro 300.000,00.

4.2. Sulla validità della clausola di rinuncia preventiva alla rivalsa

Sempre in via preliminare, dev'essere affermata la piena validità della clausola con cui la Zurich Insurance PLC ha rinunciato ad ogni azione di regresso (rectius: surroga) verso i terzi responsabili per le somme di denaro da essa stessa corrisposte al proprio cliente in virtù del contratto assicurativo stipulato.

L'invalidità di tale clausola potrebbe astrattamente ravvisarsi nell'ipotetica violazione dell'art. 1916 c.c., norma che - specificamente dettata per l'assicurazione contro i danni, ma espressamente estesa ex art. 1916 co. 4 c.c. anche alle polizze contro gli "infortuni sul lavoro" e contro le "disgrazie accidentali" - prevede il diritto di surroga dell'assicuratore nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Ebbene, dev'essere anzitutto evidenziato come tale previsione non sia collocata dall'art. 1932 c.c. tra le norme che, in materia di assicurazione, sono da ritenersi inderogabili: l'art. 1916 c.c. è dunque norma dispositiva e, come tale, derogabile dai contraenti.

L'invalidità di detta clausola non può neppure essere fondata sul rilievo per cui l'art. 1916 c.c. - insieme ad altre norme (quali gli artt. 1905,1908,1909,1910 c.c.) - sarebbe espressione del c.d. principio indennitario, da alcuni ritenuto canone di ordine pubblico interno.

Ed invero, in replica a questa tesi, basta rilevare che nessuna delle sopra richiamate disposizioni è espressamente ricompresa dall'art. 1932 c.c. tra le norme inderogabili, con conseguente ammissibilità di una deroga pattizia delle stesse, come del resto confermato dalla giurisprudenza di legittimità (cfr. Cass., sent. n. 1836/1969 e Cass., sent. n. 8714/1998).

Questa conclusione trova ulteriore conferma nella prassi del mercato assicurativo, ove frequentemente si prevede la clausola di rinuncia preventiva alla rivalsa, normalmente verso il pagamento di un premio assicurativo più elevato.

È appena il caso di rilevare che, in una prospettiva macroeconomica, laddove si ritenesse la nullità di dette pattuizioni, si determinerebbe, da un lato e pro futuro, un disincentivo per i consociati alla stipula della polizze infortuni divenendo le stesse di fatto meno appetibili, con conseguenze negative sul mercato assicurativo e sul complessivo sistema di welfare (data l'utilità sociale che queste assicurazioni rivestono); dall'altro lato e con sguardo al passato, dovrebbe prospettarsi, in capo a tutti coloro che hanno stipulato le (nella prassi innumerevoli) polizze infortuni con rinuncia alla rivalsa, il diritto di ripetere il surplus di premio corrisposto per remunerare tale clausola operazione che richiederebbe articolati sistemi di calcolo e che potrebbe potenzialmente generare numerosissime liti giudiziarie.

Alla luce delle argomentazioni esposte, deve dunque sostenersi che la clausola di rinuncia preventiva alla rivalsa contenuta nella polizza "Fortuna" stipulata dal sig. P.B. sia pienamente valida.

Del resto, la nullità di tale clausola non è stata sostenuta espressamente neppure dalla sent. n. 13233/14 con cui la Cassazione, nella disamina della pattuizione della rinuncia preventiva alla rivalsa, non ne ha dichiarato la nullità, ma si è limitata a rilevare che la previsione di siffatto accordo non vale comunque a giustificare il cumulo tra risarcimento e indennizzo assicurativo.

4.3. Sul quadro giurisprudenziale di riferimento

L'istituto della *compensatio lucri cum damno*, pur chiaro nella sua portata generale, ha originato un acceso dibattito dottrinale e giurisprudenziale con riferimento all'ipotesi in cui il danno e il beneficio collaterale riposino su differenti titoli da cui insorgono - in capo a due

soggetti diversi - due distinte obbligazioni. Tale evenienza si riscontra nella fattispecie concreta in cui l'obbligazione risarcitoria deriva ex art. 2043 c.c. in capo al sig. S.P. per il fatto illecito a lui imputabile, mentre l'indennizzo trova fonte nel contratto assicurativo ed è quindi dovuto dalla Zurich Insurance PLC.

Il contrasto giurisprudenziale sul punto ha trovato composizione in quattro note pronunce delle Sezioni Unite (Cfr. Cass., Sez. Unite, sent. n. 12564, 12565, 12566, 12567 del 2018) che, dopo aver dettato i principi generali in materia - seppure enunciati "nei limiti della rilevanza" nel caso concreto - ne hanno immediatamente fatto applicazione alle controversie sottoposte al loro esame.

Ebbene, ad avviso delle Sezioni Unite (che riprendono sostanzialmente le argomentazioni di Consiglio di Stato, Adunanza Plenaria, sent. n. 1/2018), nel caso in cui il danno e il vantaggio riposino su titoli differenti, l'operatività del principio della compensatio dipende dalla "ragione giustificatrice", cioè dalla funzione del beneficio collaterale che, in conseguenza dell'illecito, è entrato nel patrimonio del danneggiato.

Così, la compensatio opera quando la provvidenza erogata al danneggiato neutralizza la medesima perdita al cui integrale ristoro mira la disciplina della responsabilità risarcitoria del terzo autore del fatto illecito. Viceversa, non può procedersi al suddetto defalco nel caso in cui il beneficio collaterale non mira a ristorare lo specifico pregiudizio cagionato dal responsabile, ma assolve ad una finalità diversa, quale può essere quella previdenziale tipica dell'assicurazione sulla vita o della pensione di reversibilità.

Elemento dirimente nel compiere una siffatta valutazione è la previsione legale della rivalsa che, fungendo da "meccanismo di raccordo" tra il risarcimento del danno e il beneficio collaterale, scongiura il rischio che il danneggiante non risponda delle proprie negligenze e, al tempo stesso, evita un'ingiusta locupletazione del danneggiato in ossequio al principio indennitario.

Ed allora, applicando i suddetti principi al caso di un'assicurazione contro i danni stipulata dal ricorrente per tutelarsi contro il rischio di danneggiamento ad un proprio aeromobile (quindi, a garanzia di una res), la Suprema Corte ha concluso nel senso della operatività della compensatio, rilevando che il risarcimento e l'indennizzo assolvono entrambi al medesimo fine di ristorare il danneggiato del danno derivante dalla distruzione della cosa di sua proprietà (cfr. Cass., Sez. Unite, sent. n. 12565/2018).

Il difalco dal risarcimento è stato poi applicato dalle Sezioni Unite (cfr. sent. n. 12566 e n. 12567 del 2018) in relazione all'indennizzo corrisposto dall'INAIL per infortunio sul lavoro e con riguardo all'indennità di accompagnamento percepita dalla vittima di un sinistro che ha menomato le sue capacità di deambulazione.

Ad opposta conclusione sono invece pervenute le Sezioni Unite con riferimento alla possibilità di scomputare dal risarcimento del danno subito dalla vittima secondaria di un fatto illecito la somma dalla stessa incamerata a titolo di pensione di reversibilità. In tale ipotesi - rileva la Suprema Corte - "l'erogazione della pensione di reversibilità non è genericamente connotata dalla finalità rimuovere le conseguenze prodottesi nel patrimonio del danneggiato per effetto dell'illecito del terzo. Quell'erogazione non soggiace ad una logica e ad una finalità di tipo indennitario, ma costituisce piuttosto - come è stato rilevato in dottrina - l'adempimento di una promessa rivolta dall'ordinamento al lavoratore-assicurato che, attraverso il sacrificio di una parte del proprio reddito lavorativo, ha contribuito ad alimentare la propria posizione previdenziale: la promessa che, a far tempo dal momento in cui il lavoratore, prima o dopo il pensionamento, avrà cessato di vivere, quale che sia la causa o l'origine dell'evento protetto, vi è la garanzia, per i suoi congiunti, di un trattamento diretto a tutelare la continuità del sostentamento e a prevenire o ad alleviare lo stato di bisogno.

Sussiste dunque una ragione giustificatrice che non consente il computo della pensione di reversibilità in differenza alle conseguenze negative che derivano dall'illecito, perché quel trattamento previdenziale non è erogato in funzione di risarcimento del pregiudizio subito dal danneggiato, ma risponde ad un diverso disegno attributivo causale. La causa più autentica di tale beneficio - è stato osservato - deve essere individuata nel rapporto di lavoro pregresso, nei contributi versati e nella previsione di legge: tutti fattori che si configurano come serie causale indipendente e assorbente rispetto alla circostanza (occasionale e giuridicamente irrilevante) che determina la morte" (cfr. Cass., Sez. Unite, sent. n. 12564/2018).

Argomentazioni analoghe sono state peraltro spese dalle Sezioni Unite - seppur incidenter tantum, non rientrando in alcun caso concreto loro sottoposto - con riferimento all'assicurazione sulla vita, ove "l'indennità si cumula con il risarcimento, perché si è di fronte ad una forma di risparmio posta in essere dall'assicurato sopportando l'onere dei premi, e l'indennità, vera e propria contropartita di quei premi, svolge una funzione diversa da quella risarcitoria ed è corrisposta per un interesse che non è quello di beneficiare il danneggiante" (cfr. Cass., Sez. Unite, sent. n. 12565/18).

La Suprema Corte, nella sua più alta espressione, ha dunque fornito la propria soluzione circa l'applicabilità della compensatio alle due species di contratti assicurativi puntualmente regolati dal codice - cioè l'assicurazione contro i danni (artt. 1904 e ss. c.c.) e l'assicurazione sulla vita (artt. 1919 e ss. c.c.) - ma non pare risolutiva della vicenda all'esame di questo Giudice, in cui viene in rilievo una polizza infortuni.

Ed invero, con riferimento a tali prodotti assicurativi, che non trovano nel codice una puntuale disciplina organica, il panorama giurisprudenziale è apparso per lungo tempo alquanto frastagliato.

In particolare, a fronte di un orientamento interpretativo volto ad assimilare dette polizze alle assicurazioni contro i danni, si è fatta strada un'altra opinione tesa ad avvicinarle alla categoria delle assicurazioni sulla vita.

A sopire tale acceso dibattito sono dunque intervenute le Sezioni Unite che, nel pronunciarsi (non già in termini generali e assoluti, ma specificamente) sull'applicabilità dell'art. 1910 c.c. alle polizze infortuni, hanno distinto entro queste ultime quelle volte a garantire il rischio di invalidità non mortali da quelle finalizzate a coprire l'evento morte (cfr. Cass., Sez. Unite, sent. n. 5119/2002).

In estrema sintesi, la Suprema Corte ha chiarito che alle polizze contro infortuni non letali si devono applicare in prevalenza le norme sull'assicurazione contro i danni (e, specificamente, l'art. 1910 c.c.), posto che, da un lato, l'infortunio non mortale, pur essendo un accadimento genericamente relativo alla "persona", non può cionondimeno qualificarsi come "evento attinente alla vita umana" come prescrive per l'assicurazione sulla vita l'art. 1882, seconda parte, c.c.; dall'altro lato, il "danno", menzionato nella prima parte dell'art. 1882 c.c., non si riferisce solo alle cose, ma anche ai pregiudizi alle persone, con la conseguenza che anche la polizza infortuni soggiace al principio indennitario sotteso alla disciplina delle assicurazioni contro i danni.

Ciò troverebbe conferma nel rilievo che l'art. 1916 co. 4 c.c. - disposizione ritenuta espressione del principio indennitario - estende espressamente la surroga dell'assicuratore nei diritti dell'assicurato verso l'eventuale danneggiante anche alle polizze stipulate contro gli "infortuni sul lavoro" e le "disgrazie accidentali".

Un discorso opposto dovrebbe invece svolgersi - sempre, ad avviso delle Sezioni Unite - con riguardo alle coperture assicurative contro infortuni letali, la cui disciplina dovrebbe ritrarsi "prevalentemente" dalle disposizioni sull'assicurazione sulla vita. Infatti, solo la morte - e non già il mero infortunio invalidante - rientrerebbe nel concetto di "evento attinenti alla vita umana" di cui all'art. 1882 c.c. e, inoltre, le polizze contro infortuni letali hanno uno schema molto simile a quello proprio delle assicurazioni sulla vita, posto che vengono inevitabilmente e fatalmente stipulate dall'assicurato a vantaggio di un terzo beneficiario.

Dopo aver tracciato la suindicata distinzione, le Sezioni Unite - sempre nella sent. n. 5119/2002 - si confrontano poi con la prassi assicurativa corrente chiarendo che spesso "le polizze di assicurazione contro gli infortuni non si limitano a coprire l'ipotesi dell'infortunio inabilitante o invalidante, ma anche quella dell'infortunio mortale". In tal caso - prosegue il Collegio - "le differenziazioni di disciplina sopra menzionate sono quindi destinate ad operare nell'ambito di un medesimo contratto. Una peculiarità del contratto di assicurazione privata contro gli infortuni è infatti proprio quella dell'essere tale contratto caratterizzato dalla complessità del rischio coperto, in quanto comprensivo sia del rischio di infortunio produttivo

di inabilità temporanea o invalidità permanente, sia del rischio di infortunio mortale. La duplicità del rischio implica diversificazione di disciplina del contratto, che deve quindi ritenersi soggetto ad una disciplina di tipo misto: da ricavare prevalentemente dalla disciplina dettata per l'assicurazione contro i danni, nel caso in cui il particolare aspetto del rapporto del quale deve essere individuata la disciplina si ricollegli alla deduzione di un infortunio che abbia determinato inabilità o invalidità, ovvero prevalentemente dalla disciplina dettata per l'assicurazione sulla vita, nel caso in cui venga in considerazione un infortunio mortale” (Cfr. Cass., Sez. Unite, sent. n. 5119/2002).

Quindi, seguendo l'orientamento inaugurato dalla predetta pronuncia, alla polizza infortuni che copre sia il rischio di infortuni letali sia quello di traumi invalidanti non fatali deve trovare applicazione una disciplina di tipo misto, ritraibile alternativamente dall'assicurazione contro i danni o da quella sulla vita a seconda delle conseguenze dell'infortunio in concreto verificatesi.

Un'applicazione dei principi tracciati dalle Sezioni Unite n. 5119/2002 si ritrova in una sentenza della Cassazione che, estendendo in via generale la distinzione sopra tracciata - estensione peraltro in sé non scontata, posto che le stesse Sezioni Unite hanno espressamente manifestato l'intenzione, non già di fornire criteri generali validi in assoluto, ma solo di risolvere la specifica questione dell'applicabilità al caso loro sottoposto dell'art. 1910 c.c. - ha escluso la possibilità di cumulare la somma ricevuta a titolo di risarcimento del danno per lesioni personali con l'indennizzo percepito in forza di una polizza infortuni (Cfr. Cass., sent. n. 13233/14).

Nello specifico, la Corte di Cassazione, con la sentenza n. 13233/14, ha sostenuto tale conclusione per le seguenti ragioni:

- in primo luogo, ammettendo il cumulo, il danneggiato si troverebbe in una condizione patrimoniale più favorevole rispetto a quella in cui si trovava prima dell'illecito, in violazione del principio indennitario pienamente operante anche nel caso di pagamenti fondati su titoli differenti (rispettivamente, il contratto assicurativo e il risarcimento);
- in secondo luogo, escludendo la *compensatio*, si verrebbe a configurare in capo all'assicurato un interesse positivo al verificarsi dell'infortunio, trasformando così il contratto assicurativo in un'occasione di lucro e finendo così per configurare la polizza - ammantata di un intento “speculativo”
- come una sorta di “scommessa”;
- in terzo luogo, “se il terzo responsabile risarcisce la vittima prima che questa percepisca l'indennizzo, il credito risarcitorio si estingue per effetto dell'adempimento, e con esso il danno risarcibile. L'assicuratore non sarà tenuto al pagamento di alcun indennizzo, per la semplice

ragione che non v'è più alcun danno da indennizzare. Lo stesso dicasi nell'ipotesi inversa, in cui il danneggiato percepisca l'indennizzo assicurativo prima del risarcimento. Anche in tal caso l'obbligo risarcitorio del terzo responsabile verrà meno non per effetto della compensatio, ma per la semplice ragione che l'intervento dell'assicuratore ha eliso (in tutto od in parte) il pregiudizio patito dal danneggiato e non si può pretendere il risarcimento di un danno che non c'è più" (cfr. Cass., sent. n. 13233/2014).

Nella medesima pronuncia, la Corte di Cassazione ha infine sottolineato che la soluzione sopra richiamata resta ferma anche se l'assicurazione ha preventivamente rinunciato al proprio diritto di surroga verso il responsabile civile ex art. 1916 c.c. (o ha comunque scelto di non esercitarlo), posto che "la surrogazione ex art. 1916 c.c., costituisce, secondo la giurisprudenza assolutamente prevalente, una successione a titolo particolare dell'assicuratore nel diritto dell'assicurato. Orbene, perché il diritto si trasferisca, è necessario che esso sia perso dall'assicurato ed acquistato dall'assicuratore. Tuttavia, l'estinzione del diritto al risarcimento in capo all'assicurato avviene per effetto del solo pagamento, non certo per effetto della surrogazione". In definitiva, l'inserimento della clausola di rinuncia al diritto di surroga non vale a far mutare la natura indennitaria del contratto assicurativo, "perché il principio indennitario in materia assicurativa è principio di ordine pubblico e quindi inderogabile. Deve dunque concludersi nel senso che indennizzo dovuto dall'assicuratore e risarcimento dovuto dal responsabile assolvano ad una identica funzione risarcitoria, e non possano essere cumulati".

4.4. Il principio indennitario nell'assicurazione contro danni alle res non si attaglia alla polizza infortuni

Chiarito quanto sopra, ritiene questo Giudice che, nel caso di specie, l'istituto della compensatio non trovi applicazione e che quindi dal risarcimento del danno patito dal sig. P.B. - come sopra quantificato - non vada scomputato l'indennizzo assicurativo di euro 27.000,00 percepito dall'attore in ragione della polizza infortuni dallo stesso stipulata con la Zurich Insurance PLC.

Come sopra illustrato (cfr. par. 4.1.), la polizza stipulata dal sig. P.B. è volta a garantire l'assicurato contro il rischio di subire un'invalidità permanente o la morte in conseguenza di un infortunio. In casi siffatti - in cui la polizza copre sia l'esito letale, sia quello meramente invalidante - ad avviso delle Sezioni Unite n. 5119/2002, si applica una disciplina "mista" che varia a seconda dell'evento che in concreto si è verificato ai danni dell'assicurato.

Nel caso in esame, il sig. P.B. ha subito un trauma che ha cagionato postumi invalidanti, ma non la morte e, pertanto, seguendo il dictum delle Sezioni Unite - per come interpretato dalla successiva Cassazione n. 13233/14 - si dovrebbero applicare le norme dettate in tema di

assicurazione contro i danni, comprese quelle che, espressione del generale principio indennitario, impediscono di cumulare al risarcimento del danno l'indennizzo assicurativo.

Senonché, la tesi che postula un'automatica equiparazione (o comunque un'integrale estensione di disciplina) tra polizza infortuni non letali e assicurazione contro i danni non persuade.

Ed invero, la disciplina delle assicurazioni contro i danni di cui agli artt. 1904 e ss. c.c. è stata pensata dal Codice civile con riguardo alle polizze contro danni alle cose, non per coperture contro pregiudizi alla persona. Molte di tali disposizioni fanno infatti riferimento alla specifica nozione di "cosa assicurata" (v. artt. 1906, 1907, 1908, 1909 e 1911 c.c.), non già al più neutro concetto di "bene assicurato".

Questa conclusione pare trovare una conferma testuale nell'art. 1916 c.c. che, dopo aver previsto il diritto di surroga dell'assicuratore nei diritti dell'assicurato verso il responsabile del danno, ha poi espressamente esteso tale previsione alle polizze contro gli "infortuni sul lavoro" e contro le "disgrazie accidentali". In effetti, se si ritenesse che le polizze infortuni (astrattamente ricomprese tra le coperture contro le "disgrazie accidentali") rientrino tout court nel genus dell'assicurazione contro i danni, la suddetta estensione contenuta nell'art. 1916 co. 4 c.c. apparirebbe del tutto priva di giustificazione.

Non solo, nella relazione del Guardasigilli al codice del 1942 si precisa che "essendosi voluto dare per l'assicurazione solo una disciplina di carattere generale, non si sono poste (salvo che negli articoli 1906, quarto comma, 1913, secondo comma, 1916, quarto comma, e 1917) norme particolari per i contratti relativi ai vari rami assicurativi; questi sono lasciati al regolamento convenzionale per quanto concerne le loro peculiarità". La relazione, dunque, richiama l'art. 1916 co. 4 c.c. nella parte in cui fa riferimento alle polizze contro infortuni sul lavoro e disgrazie accidentali, precisando che si tratta di "contratti relativi ai vari rami assicurativi" e, dunque, non riconducibili tout court al ramo danni (che invece è espressamente regolato nel codice).

Soprattutto però pare ingiustificato ritenere che la disciplina dell'assicurazione contro i danni - limitandosi a considerare il danno prodotto all'assicurato senza ulteriori precisazioni - "non è solo assicurazione di cose o di patrimoni, ma è suscettiva di ricomprendere anche i danni subiti dalla persona dell'assicurato per effetto di infortunio, così caratterizzandosi (anche) come assicurazione di persone" (cfr. Cass., Sez. Unite, sent. n. 5119/2002).

Infatti, come rilevato da risalente - ma ancora attuale - giurisprudenza, nelle polizze infortuni, quello che viene in considerazione è "il corpo umano, cioè un bene tutt'affatto particolare, rispetto al quale, per la considerazione etica che i paesi civili hanno della vita umana, non è

configurabile un puro e semplice contratto d'indennità come efficace strumento di riparazione del danno prodottosi” (cfr. Cass., sent. n. 2915/1968).

In altri termini, a differenza delle cose, beni suscettibili di stima ad opera delle parti, la persona non ha un valore che possa essere oggettivamente stabilito da tutti i contraenti, sì da potervi commisurare l'indennizzo assicurativo.

È vero che, in materia di danno non patrimoniale, nelle sedi giudiziarie si suole far ricorso alle c.d. Tabelle di liquidazione del danno alla persona, ma occorre non dimenticarsi come queste ultime - secondo quanto chiarito da ormai consolidata giurisprudenza (cfr., ex plurimis, Cass., sent. n. 10579/2021 e Cass., sent. n. 11719/2021) - non abbiano la pretesa di enucleare un “prezzo” del danno alla persona subito dal danneggiato, ma configurano solo un criterio convenzionale cui ancorare la valutazione equitativa del giudice ex art. 1226 e 2056 c.c. E, dunque, non può ragionevolmente sostenersi che la disciplina delle assicurazioni contro i danni si riferisca indifferentemente alle res e alle persone, stante l'ontologica diversità di questi beni assicurati.

Tale conclusione trova del resto una conferma nella prassi assicurativa, posto che normalmente le parti non ancorano l'importo dell'indennizzo ai valori monetari espressi dalle Tabelle di liquidazione del danno, ma quantificano l'indennità in rapporto percentuale rispetto ad una (pre)determinata somma assicurata.

Anzi, talvolta, l'indennizzo liquidato sulla base del capitale assicurato è di gran lunga superiore rispetto al valore del danno biologico quantificato sulla base delle Tabelle e, tuttavia, in tali casi, nessuno ha mai ravvisato la violazione del principio indennitario.

In ogni caso, nelle ipotesi in cui il capitale assicurato sia fissato convenzionalmente dalle parti, appare comunque arduo sostenere che, con detta stima, i contraenti abbiano inteso pattiziamente attribuire un “valore” alla persona dell'assicurato. Piuttosto - come meglio s'illustrerà nel prosieguo - l'assicurato ha convenzionalmente individuato una somma su cui aver la certezza di poter contare nel malaugurato caso in cui si troverà a dover sopportare eventi traumatici invalidanti.

L'individuazione del capitale assicurato, in altri termini, non è certo paragonabile alla c.d. stima concordata di cui all'art. 1908 c.c., norma che consente alle parti di stabilire pattiziamente il valore che una res ha al tempo della conclusione del contratto: con l'istituto di cui all'art. 1908 c.c. si attribuisce certezza all'indennizzo, il quale però, nelle polizze danni relative ad una res, resta pur sempre ancorato al valore oggettivo del bene e non - come invece avviene nella polizza infortuni - all'entità del premio concordato.

Sempre con riguardo all'impossibilità di attribuire un valore economico alla persona, va peraltro rilevato che tale argomentazione è ripresa dalle stesse Sezioni Unite (nella sent. n.

5119/2002) che, dopo aver ritenuto applicabili alle polizze infortuni i primi due commi dell'art. 1910 c.c. (sul presupposto di un'estensione alle stesse delle norme sull'assicurazione contro i danni), ha poi precisato, con riferimento ai co. 3 e 4, "concernenti rispettivamente l'obbligazione solidale degli assicuratori per l'indennizzo, nei limiti dell'ammontare del danno, ed il regresso dell'assicuratore che ha pagato confronti degli altri per la ripartizione proporzionale del debito, la peculiarità dell'assicurazione contro gli infortuni, che è assicurazione di persone e non di cose, con le conseguenti difficoltà di rapportare la misura dell'indennizzo ad un danno di consistenza obiettivamente accertabile, se non osta radicalmente alla loro applicazione, la rende indubbiamente difficoltosa nella pratica" (cfr. Cass., Sez. Unite, sent. n. 5119/2002).

In conclusione, dunque, sulla base delle argomentazioni che precedono, non solo non può sostenersi la piena equiparazione delle polizze contro infortuni non letali alle assicurazioni contro i danni, ma, a ben vedere, neppure può patrocinarsi - come invece parrebbe sostenere Cass., Sez. Unite, sent. n. 5119/2002 - un'integrale estensione analogica di dette disposizioni alle polizze infortuni stesse.

4.5. Sulla soluzione della questione: necessità dell'indagine sulla causa concreta del contratto nella polizza infortuni

Tanto chiarito, deve evidenziarsi che, al fine di individuare la disciplina applicabile alle polizze infortuni, occorre rifuggire da rigidi automatismi, essendo necessario risalire allo scopo pratico perseguito dalle parti con la stipula del contratto assicurativo in esame.

È infatti principio consolidato quello per cui il requisito della causa del contratto dev'essere apprezzato in concreto, dovendosi indagare, non già lo schema astratto prescelto dai contraenti, ma lo scopo pratico (o funzione economico-individuale) che questi ultimi hanno inteso perseguire con la convenzione tra loro stipulata (cfr. Cass., Sez. Unite, n. 22437/2018, in tema di claims made).

Deve dunque fornirsi un'interpretazione evolutiva della sent. Cass., Sez. Unite, n. 5119/2002, posto che quest'ultima, essendo intervenuta prima dello storico precedente di legittimità che ha accolto definitivamente il principio della c.d. causa in concreto (cioè Cass., sent. n. 10490/2006), ha offerto una soluzione ancorata entro i rigidi schematismi della causa in astratto.

Abbracciando dunque un approccio aderente alla causa in concreto, si scongiura altresì l'equivoco (tanto contestato in dottrina) in cui sono incorse le stesse Sezioni Unite nella parte in cui, invocando la teoria del contratto misto, hanno affermato che, in presenza di una polizza infortuni contestualmente stipulata per esiti letali e non letali, si devono applicare norme diverse a seconda dell'evento che in concreto si è verificato: è infatti evidente come la

disciplina di un unitario contratto non può certo mutare a seconda dell'evenienza della vita che viene ex post in rilievo.

In una chiave evolutiva, è dunque necessario ricostruire la volontà delle parti e - specificamente - la natura del contratto assicurativo attraverso il periscopio della c.d. causa in concreto.

La bontà di una simile prospettiva, attenta alla concreta configurazione del contratto operata dalle parti, trova un utile addentellato nel reg. ISVAP n. 29 del 16 marzo 2009 che, con riferimento alle assicurazioni per "malattie gravi" o alla copertura per la "non autosufficienza", inserisce detti prodotti alternativamente nel ramo vita o nel ramo danni a seconda dell'articolazione complessiva dell'operazione negoziale.

Del pari, un'indagine sulla concreta configurazione del contratto assicurativo è suggerita dall'art. 2 d.lgs. n. 209/2005 (c.d. Codice delle assicurazioni private) che riconduce al ramo vita le assicurazioni contro infortuni purché in concreto stipulate per una durata poliennale e con clausola di non rescindibilità (cfr. Cass., sent. n. 9380/21).

Ed allora, ponendosi nell'alveo della causa in concreto, occorre indagare, anche alla luce dei criteri soggettivi di interpretazione del contratto (ex artt. 1362-1365 c.c.), lo scopo pratico che il sig. P.B. e la Zurich Insurance PLC hanno inteso perseguire con la stipula della polizza "Fortuna".

Ebbene, nel caso di specie, come più analiticamente illustrato sopra (cfr. par. 4.1.), i contraenti hanno previsto che, in caso di invalidità permanente, la compagnia assicurativa avrebbe dovuto versare all'assicurato un indennizzo calcolato in percentuale sulla somma assicurata (pari ad euro 300.000,00) contestualmente prevedendosi una preventiva rinuncia da parte della Zurich ad esercitare il proprio diritto di surroga nei confronti dell'eventuale terzo responsabile.

Le parti, dunque, non hanno ancorato l'indennizzo assicurativo ad un supposto valore obiettivo della persona, ma lo hanno legato ad un capitale convenzionalmente stabilito, secondo un modello più simile a quello dell'assicurazione sulla vita (dove l'indennità è correlata al capitale investito), rispetto allo schema dell'assicurazione contro i danni alle cose (ove l'indennizzo è rapportato al valore del bene assicurato).

Soprattutto però, ad illuminare il reale intento perseguito dalle parti, è l'esclusione convenzionale del diritto di rivalsa dell'assicuratore (per la cui previsione normalmente l'assicurato corrisponde premi maggiorati), clausola che, lungi dal porsi quale elemento accidentale del contratto (come invece sembrerebbero affermare Cass., sent. n. 13233/14 e Cass., ord. n. 14358/2019), assume un ruolo dirimente nell'interpretazione della concreta volontà delle parti.

Tale pattuizione, infatti, dimostra chiaramente come i contraenti abbiano inteso scindere il profilo risarcitorio (derivante dall'applicazione degli artt. 2043 e ss. c.c.) da quello indennitario conseguente all'operatività della polizza. In altri termini, le parti, prevedendo la preventiva rinuncia dell'assicuratore alla surroga, hanno inteso pattuire che, in caso di infortunio imputabile a responsabilità del terzo, l'assicurato potesse cumulare il risarcimento del danno con l'indennizzo assicurativo. In altre parole, se la previsione di una rivalsa - come precisato dalle S. U. con sent. n. 12564/18 - trasforma il duplice, ma separato, rapporto bilaterale (danneggiante-danneggiato e assicuratore-assicurato) in una relazione trilaterale, l'esclusione convenzionale del diritto di surroga recide detta trilateralità, riportando la vicenda all'originaria doppia bilateralità.

In definitiva, ritiene il Tribunale che la polizza stipulata dalle parti, per come in concreto articolata, risponda ad una finalità previdenziale: il sig. P.B. ha inteso cautelarsi contro il rischio di morte o invalidità permanente, sopportando il pagamento di una serie di premi e assicurandosi la possibilità di poter celermente disporre, in caso di verifica di un evento traumatico, di una somma di denaro certa nel suo ammontare e proporzionata - in quanto ancorata ad un prescelto capitale assicurato - non già al danno effettivamente patito, ma alla propria capacità di spesa e alla propria propensione all'investimento previdenziale.

Il contratto assicurativo stipulato dal sig. P.B., quindi, lungi dall'assolvere una funzione di neutralizzazione di un pregiudizio subito, intende precipuamente garantire all'assicurato (o ai suoi familiari in caso di decesso) una provvidenza dallo stesso stimata come idonea. E ciò dovrebbe valere sia nel caso di infortunio letale, sia nel caso di trauma solo invalidante: non si vede del resto per quale ragione la finalità previdenziale (riconosciuta dalle Sezioni Unite n. 5119/2002 solo per gli esiti mortali) dovrebbe mutare a seconda dell'evento - letale o non letale - che in concreto si verifica.

È al riguardo peraltro significativo osservare come la polizza "Fortuna" in esame non abbia ad oggetto il "danno biologico" o altre ipotesi di "danno alla persona" con le modalità previste dalle tabelle giurisprudenziali o dal Codice delle Assicurazioni, ma correla l'indennizzo al verificarsi del mero "fatto", consistente nell'invalidità permanente derivante da infortunio.

La previsione della rinuncia preventiva alla rivalsa può essere peraltro valorizzata anche sotto un altro aspetto: inserendo detta clausola, le parti hanno inteso attribuire alla polizza "Fortuna" non solo una funzione previdenziale, ma anche uno scopo in qualche modo "consolatorio".

Infatti, nel pattuire tale clausola, l'assicurato ha evidentemente prefigurato l'evenienza di infortunio causato da un terzo, assicurandosi che, in tal caso, già di per sé drammatico, avrebbe quanto meno potuto ricevere, oltre al risarcimento del danno, anche un indennizzo assicurativo. Si tratta pur sempre di un interesse che, in un sistema che valorizza l'autonomia

contrattuale al massimo grado entro i limiti della liceità, deve senz'altro ritenersi meritevole di tutela.

Se invece si ritenesse di escludere il cumulo, l'intento pratico perseguito dalle parti di consentirlo in favore dell'assicurato sarebbe del tutto frustrato posto che lo scopo "consolatorio" che l'assicurato intendeva ritrarre dal contratto sarebbe vanificato da una sostanziale impunità del danneggiante.

Conseguentemente si deve confutare la tesi innanzi esposta, secondo cui, con il pagamento del risarcimento da parte del terzo responsabile ovvero l'indennizzo da parte dell'assicuratore, si estinguerebbe in ogni caso il diritto di credito vantato dalla vittima.

Sulla base delle considerazioni che precedono, si può dunque ritenere che la polizza "Fortuna" non possa essere ricondotta al genus delle assicurazioni contro i danni, stante l'ontologica diversità tra la res e la persona.

La stessa polizza però non può neppure essere ricondotta tout court al ramo delle assicurazioni sulla vita, sebbene con essa condivide la medesima finalità previdenziale, non trattandosi di assicurazione stipulata sulla "vita propria o su quella di un terzo" come prevede l'art. 1919 c.c.

Deve piuttosto ritenersi che trattasi di un contratto assicurativo dal contenuto atipico, ma riconducibile al modello generale di cui all'art. 1882, seconda parte, c.c., essendo evidente che - come affermato dalla dottrina e come ritenuto da pronunce giurisprudenziali antecedenti alla sentenza delle Sezioni Unite n. 5119/2002 - un infortunio è certamente "un evento attinente alla vita umana".

Del resto, non può disconoscersi come la varietà del mercato assicurativo offra al pubblico sempre più polizze non agevolmente riconducibili né al ramo danni, né al ramo vita. Si pensi alla polizza cauzione o all'assicurazione per la contestazione delle violazioni del Codice della strada.

Sono poi le stesse Sezioni Unite (sent. n. 5119/2002) che qualificano la polizza infortuni come "contratto socialmente tipico", specificando che la disciplina dello stesso si trae, a seconda dei casi, "prevalentemente" - quindi non integralmente - dall'ordito normativo predisposto per le assicurazioni contro i danni o per le polizze-vita. Nemmeno la Suprema Corte dà quindi la stura ad una piena e integrale riconduzione delle polizze infortuni alle due branche di assicurazione tipizzate nel codice, ma pare in qualche modo prospettare un modello ibrido di "assicurazione contro i danni alla persona", assimilabile, ma diverso da quello di cui agli artt. 1904 e ss. c.c.

Alla luce delle esposte considerazioni, la polizza "Fortuna", pur non rientrando nei due generi assicurativi disciplinati dal codice (rispettivamente agli artt. 1904 e ss. agli artt. 1919 e ss. c.c.), cionondimeno, condivide con l'assicurazione sulla vita la stessa natura previdenziale, trovando tale contratto assicurativo ragione - per com'è articolato dalle parti attraverso la previsione della rinuncia alla rivalsa - nella precauzione di introdurre una forma di provvidenza, volta non tanto ad elidere il danno, ma a garantire all'assicurato una maggiore tranquillità economica al verificarsi di un evento avverso.

Per l'effetto, si deve ritenere che la polizza "Fortuna" stipulata dal sig. P.B., stante la sua natura sostanzialmente previdenziale, soggiace prevalentemente alle norme dettate per l'assicurazione sulla vita, giustificandosi così l'inoperatività del principio indennitario, con la conseguenza che dalla somma liquidata a titolo di risarcimento in favore dell'attore non dev'essere scomputato l'indennizzo corrisposto dalla Zurich Insurance PLC.

La soluzione appena illustrata ha trovato sostanziale avallo anche in un recente precedente della Corte d'Appello di Milano (sent. dell'8.2.2022, R.G. n. 1131/2021), la quale, dopo aver ravvisato nella polizza infortuni sottoposta al suo esame una natura previdenziale, ha escluso l'operatività della *compensatio* osservando che "la causa del contratto quale misura dell'esercizio dell'autonomia negoziale è idonea pertanto a fare sì che l'indennizzo possa atteggiarsi in termini non meccanicamente riconducibili nell'alveo del principio della "*compensatio lucri cum damno*", ciò in considerazione della possibilità di riferire un valore all'integrità fisica, da reperire consensualmente nella misura dell'indennizzo, costituendo la polizza una modalità di quantificazione delle conseguenze dannose dell'evento pregiudizievole. L'assicurazione sull'infortunio può quindi trovare la propria ragione non solo in relazione alla rimozione del danno ma anche nella precauzione - a fronte di un evento negativo che può colpire la persona nella sua integrità psicofisica o nella sua capacità di produrre reddito - di introdurre una forma di previdenza che non si sostituisce ma si affianca a quella indennitaria. Trattasi di prestazione funzionale a garantire, proprio a fronte dell'evento negativo incidente sull'integrità fisica, non solo l'elisione del danno attraverso il processo indennitario ma anche una maggiore tranquillità economica, introducendo così anche una forma di risparmio di pieno valore sociale.

tranquillità economica, introducendo così anche una forma di risparmio di pieno valore della *compensatio* non può automaticamente e aprioristicamente estendersi a tutte le polizze infortuni: ove non sia stato pattiziamente derogato l'art. 1916 co. 4 c.c. torna ad operare il principio generale della *compensatio lucri cum damno*.

Peraltro, è opportuno rilevare che, seguendo gli approdi delle Sezioni Unite (sent. n. 12564-5-6-7 del 2018), affinché operi la *compensatio* tra il risarcimento del danno ed eventuali provvidenze percepite dal danneggiato, deve individuarsi lo scopo cui mira il beneficio collaterale che si pretenderebbe di scomputare.

Ebbene, nel compiere detta valutazione con riferimento ad una provvidenza che ha fonte, non già legale (come sarebbe l'indennità di accompagnamento o la pensione di reversibilità), ma contrattuale (qual è il contratto di assicurazione), l'interprete non può esimersi dal ravvisare detto scopo alla luce della volontà delle parti. Al cospetto, dunque, di un contratto assicurativo (almeno quando esso non riproduce integralmente un modello tipico integralmente regolato dal codice, com'è l'assicurazione contro i danni alle cose), non è solo l'intentio legis che conta, ma soprattutto la volontà delle parti, autentiche interpreti delle loro pattuizioni.

Del pari, al cospetto di provvidenze aventi fonte contrattuale, anche l'esistenza di un meccanismo di rivalsa non dev'essere riguardata unicamente sul piano dell'astratta previsione legislativa, ma dev'essere vagliata in concreto esaminando le specifiche pattuizioni dei contraenti.

Sicché, nel caso in esame, la polizza infortuni stipulata dalle parti, prevedendo in concreto una rinuncia da parte dell'assicuratore al proprio diritto di surroga ex art. 1916 c.c., ha una finalità previdenziale e, quindi, assume in concreto una configurazione del tutto simile a quella delle assicurazioni sulla vita, rispetto alle quali la Suprema Corte esclude pacificamente l'operatività della compensatio.

La tesi - qui non condivisa - dell'ammissibilità della compensatio si presta inoltre ai seguenti ulteriori rilievi:

- laddove sia prevista la clausola di rinuncia alla rivalsa, l'unico soggetto che si troverebbe beneficiato dal contratto assicurativo sarebbe paradossalmente il danneggiante, il quale potrebbe non dover corrispondere alcun risarcimento ove il danneggiato abbia già percepito un'indennità dalla propria compagnia assicurativa.

Si tratta di una conclusione irragionevole che finisce con il sacrificare sull'altare del principio indennitario, il preminente principio di responsabilità e ciò con buona pace della funzione deterrente della responsabilità aquiliana, ulteriormente scolpita anche dalla Suprema Corte a Sezioni Unite con sent. n. 16601 del 2017.

Sono del resto le stesse Sezioni Unite, con la sent. n. 12564 del 2018, a chiarire che “non corrisponde infatti al principio di razionalità - equità, e non è coerente con la poliedricità delle funzioni della responsabilità civile (cfr. Cass., Sez. U., 5 luglio 2017, n. 16601), che la sottrazione del vantaggio sia consentita in tutte quelle vicende in cui l'elisione del danno con il beneficio pubblico o privato corrisposto al danneggiato a seguito del fatto illecito finisca per avvantaggiare esclusivamente il danneggiante, apparendo preferibile in tali evenienze favorire chi senza colpa ha subito l'illecito rispetto a chi colpevolmente lo ha causato”.

Non si condivide quindi l'affermazione contenuta nella citata sent. n. 13233/14 secondo cui "la rinuncia al diritto di surroga giova solo al responsabile civile", conclusione peraltro certamente contraria all'effettiva intenzione dei contraenti, nell'ottica della causa in concreto del contratto.

Del resto, non ricorrono neppure i presupposti di cui all'art. 1411 cc. non avendo in concreto le parti alcun interesse a stipulare un contratto in favore del danneggiante;

- inoltre, nel caso in cui il danneggiante abbia stipulato una assicurazione della propria responsabilità civile (si pensi a tutti i casi della assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile) e contestualmente il danneggiato abbia stipulato una polizza infortuni, il sistema entrerebbe in un evidente "corto circuito": ad entrambi gli assicuratori converrebbe non adempiere perché, operando la compensatio, il primo che paga estingue il credito indennitario/risarcitorio del danneggiato, sicché il secondo assicuratore non dovrebbe più pagare alcunché;

- non appare infine certamente ipotizzabile un "interesse positivo" al verificarsi dell'infortunio in capo all'assicurato, né può ragionevolmente valorizzarsi il rischio che, escludendo il cumulo, l'assicurato stesso possa spingersi ad auto-provocarsi dolosamente un evento lesivo della sua salute (come prospettato nella citata sent. Cass., sent. n. 13233/14).

È agevole, infatti, replicare che appare arduo ipotizzare un interesse positivo di un soggetto a subire un infortunio - e quindi un danno non ad una cosa propria, ma alla sua persona - con postumi permanentemente invalidanti.

Contro il rischio di dolosi episodi auto-lesivi procuratisi dall'assicurato al sol fine di conseguire l'indennizzo assicurativo si pongono, invece, oltre alla naturale remora a provocarsi una menomazione della propria integrità fisica, la disciplina di cui all'art. 1900 c.c. e la fattispecie criminosa di cui all'art. 642 co. 2 c.p.

Deve infine rilevarsi che il principio della compensatio - nei casi in cui in concreto si ritiene operante - richiede comunque una valutazione di omogeneità dei crediti portati in compensazione.

Tale verifica è del resto imposta anche dalla sopra citata sentenza n. 13233/14 della Cassazione che ha chiarito che "la detrazione dal risarcimento del danno aquiliano dell'indennizzo assicurativo percepito dalla vittima in virtù di una assicurazione contro gli infortuni esige che il danno patito ed il rischio assicurato coincidano: se l'assicurazione copre il danno da perdita della capacità di lavoro (danno patrimoniale), e la vittima del fatto illecito abbia subito soltanto un danno biologico (danno non patrimoniale), nessuna detrazione sarà possibile, a nulla rilevando che l'assicuratore abbia, per effetto di particolari clausole contrattuali che ammettano l'indennizzabilità d'un danno presunto, pagato ugualmente l'indennizzo".

Ebbene, nel caso di specie, come sopra anticipato (cfr. par. 4.1.), la polizza "Fortuna" stipulata dall'attore copre il rischio di infortuni letali o invalidanti derivanti da infortunio (e le relative spese mediche), non garantendo invece la copertura delle ipotesi di inabilità temporanea.

Sicché, ove si fosse ammessa l'operatività della compensatio, dal risarcimento liquidato in questa sede

- relativo sia al danno permanente (per euro 9.111,50) sia al pregiudizio per inabilità temporanea (per euro 7.818,75) - avrebbe dovuto scomputarsi solo la somma liquidata per l'invalidità permanente.

Alla luce di tutte le considerazioni esposte, deve dunque concludersi che, nel caso in esame, non può darsi luogo ad alcuna compensazione tra il risarcimento del danno liquidato al sig. P.B. e l'indennizzo assicurativo da questo percepito dalla Zurich Insurance PLC.

5. Sulle spese

Conseguono alla soccombenza:

la condanna del convenuto S.P. a rifondere all'attore le spese processuali, oltre quelle stragiudiziali (liquidate queste ultime in complessivi euro 1.890,00, come da citazione) oltre all'esborso per onorario CTP dell'attore pari ad euro 488,00 (come da CTU depositata il 18.1.22, pag. 11);

la condanna dell'attore a rifondere le spese processuali sostenute dal convenuto Comune di Milano. Le spese di c.t.u. vengono definitivamente poste a carico del convenuto S.P.

- P. Q. M. -

Il Tribunale di Milano, definitivamente pronunciando, così provvede:

- Dichiaro S.P. responsabile del fatto illecito meglio specificato in motivazione verificatosi il 18.9.2016;
- Condanna il convenuto S.P. al pagamento in favore dell'attore della somma di euro 16.695,25 oltre interessi come in motivazione;
- Rigetta le altre domande ed eccezioni proposte dall'attore;
- Pone le spese di CTU a carico del convenuto S.P.;

- Condanna il convenuto S.P. a rifondere all'attore le spese processuali, che liquida in euro 1.890,00 per spese stragiudiziali, euro 545,00 per esborsi, euro 488,00 per onorario CTP ed euro 3.855,00 per onorari di avvocato, oltre 15% per spese forfettarie, oltre c.p.a. e I.V.A.;
- Condanna l'attore a rifondere al Comune di Milano le spese processuali, che liquida in euro 5.077,00 per onorari di avvocato, oltre 15% per spese forfettarie, oltre c.p.a. e I.V.A.;
- Dichiara la presente sentenza provvisoriamente esecutiva.

Milano, 11.4.2023