



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Santa Maria Capua Vetere – I Sezione Civile
in persona del Gop Dott.ssa Anna Ruotolo

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al numero 5964 Ruolo generale degli affari civili contenziosi dell'anno 2022 avente a oggetto: "Lesione personale" e vertente

TRA

SANTO MASSIMO, (C.F. SNTMSM72H11Z133R), rappresentato e difeso dagli avv.ti Filomena Letizia (C.F. LTZFMN81L67B667M) e Francesco Pino (C.F. PNIFNC79H09E791A), ptresso il cui studio in Marcianise (CE) alla via Nicola Gaglione n.39, elettivamente domicilia;

-Attore-

E

GENERALI ITALIA S.P.A., (C.F. e Partita IVA n.01333550323), quale impresa designata dal Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa, in virtù di procura alle liti in atti, dagli avv.ti Gianpaolo Iaselli (C.F. SLLGPL48D11B963D) e Renato Iaselli (C.F. SLLRNT71C23F839H), presso il cui studio in Caserta, al Corso Giannone 56, elettivamente domicilia;

-Convenuta-

NONCHE'

I.N.P.S., Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, (C.F. 80078750587), in persona del legale rappresentante pro-tempore, rappresentato e difeso dagli Avv.ti Itala De Benedictis, Ida Verrengia, Luca Cuzzupoli e Davide Catalano giusta procura generale alle liti in atti ed elettivamente domiciliato presso lo studio dell'avv. Maria Giusy Vetrella sito in Macerata Campania (CE) alla Via Garibaldi n° 59.

-Interventore Volontario-

Conclusioni: come in atti.

RITENUTO IN FATTO



Dopo aver esaminato gli atti di causa e prima di procedere ad ogni loro definitiva valutazione, deve darsi atto che la presente sentenza viene estesa senza la concisa esposizione dello “svolgimento del processo” e, dunque, ai sensi del combinato disposto degli artt. 132 c.p.c. e 118 disp. att. c.p.c., immediatamente applicabili ai giudizi pendenti al momento dell'entrata in vigore della legge n. 69/2009, essa viene redatta indicando succintamente le ragioni di fatto e di diritto della decisione, ben precisando che, trattandosi di disposizione normativa dettata con la evidente finalità di accelerazione ai fini della produzione della sentenza, deve ritenersi consentito al giudice di pronunciare quest'ultima, considerando integralmente richiamati dalla presente pronuncia sia l'atto introduttivo, le comparse di costituzione dei convenuti, sia tutti gli altri scritti difensivi delle parti e i verbali delle udienze in cui la causa è stata trattata, istruita e discussa.

Ai fini della decisione è sufficiente ricordare che Santo Massimo ha agito in giudizio per il risarcimento dei danni subiti in occasione del sinistro verificatosi il 26.12.2017 nel Comune di Caserta.

Più specificamente, l'attore ha dedotto che: “ *il giorno 26.12.2017, verso le ore 12:45 circa, mentre a bordo della propria bicicletta percorreva la Via S.S. Sannitica (loc. San Leucio), veniva urtato da un'auto nera che provenendo da tergo a forte velocità, in fase di sorpasso multiplo sia alle bici che ad altre vetture poste posteriormente, nel rientrare nella propria corsia di marcia dal sorpasso, colpiva la bici nella parte laterale anteriore sinistra; in seguito all'urto rovinava a terra finendo contro un albero posto lungo il margine destro (rispetto alla direzione di marcia) di detta Via SS Sannitica; l'auto investitrice non prestava soccorso e non era identificata; a seguito dell'investimento riportava lesioni tali da dover ricorrere alle cure dei sanitari del nosocomio di Caserta, ove gli venivano diagnosticate “... escoriazioni regione temporale dx - trauma cranico e trauma spalla sinistra in policontuso per incidente stradale con omissione di soccorso, con prognosi iniziale di 3 giorni s.c., (referto medico del 26/12/2017 n. 2017077413); in occasione del secondo accesso presso l'ospedale di Caserta, veniva riscontrata la frattura vertebrale di C6 e C7 per cui veniva ricoverato in data 28/12/2017 con dimissioni in data 09/01/2018; in pari data denunciava i fatti al presidio di polizia presso il P.O. di Caserta ed in data 01/03/2018 formalizzava querela-denuncia contro ignoti successivamente archiviato dalla Procura della Repubblica del Tribunale di Santa Maria Capua Vetere”.*

In conseguenza di ciò chiedeva l'accertamento dell'esclusiva responsabilità nella causazione del sinistro del conducente del veicolo non identificato e, per l'effetto, la condanna della Generali Assicurazioni s.p.a., nella qualità di impresa designata dal Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada, al risarcimento dei danni non patrimoniali subiti, quantificati in complessivi euro 34.000,00; con vittoria di spese.



Costituitasi in giudizio, la Generali Assicurazioni s.p.a. eccepiva, preliminarmente, l'improponibilità, inammissibilità od improcedibilità della domanda per carenza dei presupposti giuridico-processuali dell'azione per violazione del d. lgs. 209/05; nel merito, deduceva l'infondatezza della domanda.

In conseguenza di tanto, chiedeva il rigetto della domanda, con vittoria di spese, diritti ed onorari.

Nel corso del giudizio, l'Inps si costituiva con atto di intervento volontario chiedendo la surrogazione nei diritti del danneggiato ai sensi dell'art. 41 legge n. 183/2010, art. 142 Codice delle assicurazioni e per l'effetto chiedeva la condanna della Generali Assicurazioni Spa – FGVS al pagamento di € 7.556,29, oltre interessi e rivalutazione come per legge, per l'indennità di malattia erogata in favore dell'attore. Vittoria di spese e competenze.

Esauritasi l'istruttoria, con l'escussione di due testi e l'espletamento di una c.t.u. medica, all'udienza dell'11.09.2025, la causa veniva assegnata in decisione con i termini ordinari (60+20 giorni) per il deposito di memorie conclusionali e di replica.

CONSIDERATO IN DIRITTO

In limine litis, va dato atto che il presente procedimento è pervenuto sul ruolo di questo giudice in data 16.01.2025.

Preliminarmente va osservato che la domanda risulta proponibile, avendo parte attrice dato prova di aver inviato, più di sessanta giorni prima della notifica della citazione, alla Assicurazioni Generali S.p.A., nella qualità di impresa designata, e alla CONSAP, raccomandata a.r., ai sensi del d.lgs. n. 205/2009, contenente richiesta preventiva di risarcimento relativa a tutti i danni subiti e descrizione del sinistro per cui è causa (vedi raccomandate a.r. ,pervenute alla Generali s.p.a. e alla CONSAP, rispettivamente in data 23.03.2018 e 22.03.2018).

Ancora in via preliminare, va osservato che ricorrono le condizioni per agire nei confronti del Fondo di Garanzia, avendo l'attore prodotto querela contro ignoti presentata in relazione al sinistro per cui è causa.

In ogni caso, sul punto si osserva che la giurisprudenza della Corte di Cassazione ha affermato che non è necessario che il danneggiato dimostri che il danno sia stato causato da un veicolo non identificato mediante presentazione di denuncia o querela contro ignoti, potendo il giudice ricondurre la fattispecie all'art. 19 l. n. 990/69 anche in mancanza di denuncia, ad esempio mediante la prova della non identificazione del veicolo fornita in sede istruttoria (Cass. n. 18532/07).

Nel merito, la domanda è fondata e va accolta per i motivi e nei limiti appresso esplicitati. Preliminarmente, va sottolineato che il danneggiato che evochi in giudizio, ex art. 2054 c.c. e art. 18 e ss. L. 990/69, il Fondo di Garanzia – per il tramite della Compagnia di Assicurazione designata -, è gravato, preliminarmente, dell'onere di fornire adeguata prova



in ordine all'avvenuta verifica del fatto dannoso ed al nesso di causalità tra quest'ultimo e le conseguenze pregiudizievoli lamentate (Cassazione Civ., sez. III, 2.8.2001 n. 10609).

L'intervento del fondo di garanzia per le vittime della strada, poi, nei casi di sinistri causati da veicolo non identificato, impone all'attore di provare non solo le modalità del sinistro e del veicolo responsabile, ma anche dimostrare che tale veicolo è rimasto sconosciuto (Cass. Civ. sez.III 25.07.1995 n. 8086; Cass. Civ. Sez.III n. 12304 del 10.06.2005).

In sostanza, perché ricorra la responsabilità del Fondo di Garanzia per un danno causato da un veicolo non identificato non basta dimostrare il fatto storico di un incidente verificatosi per colpa del mezzo investitore, ma è necessario altresì provare che il veicolo responsabile sia rimasto sconosciuto nonostante che il danneggiato abbia tenuto una condotta diligente volta ad individuarlo. Pertanto, potrà parlarsi di veicolo non identificato, tale da giustificare una domanda ex art. 19 lett. B) L. 990/69, solo quello rimasto ignoto nonostante che la vittima abbia tenuto una condotta di usuale ed esigibile diligenza nel corso dell'intera vicenda.

Nella fattispecie, l'attore, Santo Massimo ha osservato un comportamento idoneo a giustificare la mancata identificazione del motociclo investitore.

Va rilevato come l'attore ha provveduto in data 09.01.2028 a denunciare il fatto con sommarie informazioni presso il presidio di polizia presso il P.O. di Caserta, confermando la medesima dinamica del sinistro, e, successivamente, in data 01/03/2018, a formalizzare querela-denuncia contro ignoti per il reato di lesioni personali colpose e/o omissione di soccorso, il cui procedimento veniva incardinato presso la Procura della Repubblica del Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, poi archiviato.

La tempestività della denuncia circa l'investimento, da parte dell'attore non lascia dubitare della veridicità del sinistro e delle conseguenti lesioni riportate, ma soprattutto consente di attribuire all'autovettura responsabile la qualifica di "veicolo non identificato".

All'esito dell'istruttoria è emersa l'esclusiva responsabilità, nei fatti di causa, del conducente del veicolo ignoto.

In particolare, il teste Martucci Vincenzo, escusso all'udienza del 13.06.2024, ha dichiarato *"il sinistro è avvenuto verso la ora di pranzo circa le 12.30, noi eravamo in fila indiana in aderenza al marciapiede destro e mentre stavamo camminando una auto ci ha superati e all'improvviso è subentrata una altra macchina che ha superato sia noi che la macchina che già aveva iniziato il nostro sorpasso e nel rientrare nella careggiata in urgenza, perché di fronte aveva una macchina con direzione opposta alla sua, ha colpito la bicicletta di Massimo Santo facendolo cadere in terra"*. Anche il teste Tenga Fabio, escusso all'udienza del 14.10.2014, che ha confermato il contenuto della testimonianza di Martucci, ha



precisato:” *ho visto un’auto sorpassarmi e quindi superare anche il Martucci e Santo e nel rientrare urtare con la parte posteriore destra la bici del Santo*”.

Ne deriva che i due ciclisti, testimoni oculari, si trovavano posizionati in fila dietro al danneggiato per cui sono stati in grado di confermare la dinamica così descritta in citazione.

I predetti elementi probatori appaiono degni della massima credibilità, in quanto non risultano contrastati da elementi probatori di segno contrario e le deposizioni dei testi, pienamente concordanti tra loro, circostanziate e dotate di coerenza logica intrinseca ed estrinseca, risultano particolarmente attendibili, in quanto rese da soggetti che hanno assistito visivamente ai fatti di causa. Non vi sono agli atti elementi probatori tali da indurre a ritenere concorrente la responsabilità nel sinistro per cui è causa dell’attore, il quale come risulta dalla testimonianza in atti, ha osservato un comportamento diligente e prudente, senza specifiche contravvenzioni al codice della strada, per cui alla stessa non appare imputabile alcuna precisa violazione né delle norme del codice della strada né delle regole di normale diligenza e prudenza.

Di contro il conducente dell’autovettura ignota, con una condotta di guida imprudente ha coscientemente provocato il sinistro.

Va, pertanto, affermata la responsabilità esclusiva del conducente dell’auto ignoto, non avendo offerto la prova liberatoria richiesta dall’art. 2054 c.c. Il co, per i danni sofferti dall’attore in conseguenza del sinistro oggetto di causa e le Assicurazioni Generali nella incontestata qualità di impresa designata per la Campania in nome e per conto della Consap Spa Fondo di Garanzia per le vittime della strada, è tenuta al risarcimento dei danni.

Con riferimento ai danni, il consulente tecnico d’ufficio, dott. Barone Giovanni, ha accertato che, a seguito del sinistro, l’attore riportava *“frattura del processo trasverso, del peduncolo e della lamina sinistra di C7; frattura composta della lamina sinistra di C6; spondilolistesi di C6 su C7 con sofferenza radicolare del miomero C7 di sinistra di grado moderato”* e che gli stessi sono da ricondurre causalmente alla dinamica del sinistro medesimo.

Le conclusioni raggiunte dal consulente consentono di affermare la sussistenza del nesso di causalità anche in coerenza con i principi affermati dalla giurisprudenza della Corte di Cassazione in tema di nesso eziologico da accertare in sede di illecito civile. La giurisprudenza della Suprema Corte, infatti, ha costantemente affermato che l’accertamento del nesso di causalità passa attraverso due momenti: il primo (detto della causalità materiale o di fatto), teso alla ricostruzione del fatto storico, inteso come legame tra condotta ed evento dannoso, in ordine al quale i criteri seguiti dall’interprete sono analoghi a quelli dettati in sede penale agli artt. 40 e 41 c.p.; il secondo (detto della



causalità giuridica), teso all'individuazione dei danni che devono essere oggetto di risarcimento e che devono risultare consequenziali al predetto accertamento del fatto, in ordine al quale opera la regola di cui all'art. 1223 c.c. (cfr. Cass. n. 26042/10, n. 8885/10 e n. 11609/05).

Secondo la giurisprudenza della Corte di Cassazione, tale nesso di causalità può dirsi sussistente o allorquando il danno possa essere considerato una conseguenza inevitabile della condotta, ovvero allorquando costituisca una conseguenza altamente probabile e verosimile della seconda, sulla base di ragionevoli e seri criteri di probabilità scientifica, che consentano di tradurre in termini di certezze giuridiche, sulla base di ulteriori elementi idonei emersi dagli atti processuali, le astratte conclusioni svolte in termini probabilistici (cfr. Cass. n. 23059/09).

Nel caso di specie, non può mettersi in dubbio la sussistenza del nesso di causalità sulla scorta della documentazione medica in atti, della compatibilità causale riconosciuta dal consulente e della cronologia degli eventi; in particolare, sia l'immediatezza cronologica tra il momento di verifica del sinistro ed il manifestarsi delle lesioni, sia la natura e la posizione di queste ultime appaiono elementi idonei a ritenere che i danni subiti rientrino in un rapporto di regolarità causale con le caratteristiche del sinistro in esame.

Con riferimento al quantum, il consulente d'ufficio, sulla scorta della motivazione innanzi evidenziata e condivisa dal Tribunale, ha riconosciuto all'attore un danno biologico pari 8%, un'invalidità per un periodo complessivo di 120 giorni, dei quali 30 di inabilità totale, 30 di inabilità parziale, mediamente valutata al 75%, 40 di inabilità parziale, mediamente valutata al 50% e 20 di inabilità parziale, mediamente valutata al 25% mentre non si rinvenivano spese mediche documentate.

Le conclusioni raggiunte dal consulente d'ufficio sono condivisibili in quanto caratterizzate da coerenza con le premesse della consulenza medesima, con la documentazione medica in atti e con i principali "barèmes" medico legali di riferimento.

Deve essere liquidato il danno biologico, inteso quale lesione della salute concretizzatesi nella menomazione della integrità psicofisica della persona, la cui ingiustizia e la conseguente risarcibilità discendono direttamente dal collegamento tra gli artt. 32 Cost. e 2043 c.c., e più precisamente dall'integrazione di quest'ultima con la prima; va liquidato secondo una valutazione equitativa ex artt. 2056 e 1226 c.c., utilizzando quale criterio di riferimento le più recenti (anno 2021) tabelle di liquidazione elaborate dall'osservatorio della giustizia civile di Milano in applicazione dei criteri dettati dalle Sezioni Unite della Suprema Corte con la sentenza 11.11.08 n. 26973, che impone la liquidazione unitaria del danno non patrimoniale, senza sotto distinzioni (in particolare tra danno biologico e danno morale), che hanno ricevuto l'avallo della suprema corte (Cass. 7.6.11 n. 12408).



Tanto premesso, alla luce delle tabelle attualmente in vigore e tenuto conto dell'età del danneggiato all'epoca del sinistro (45 anni), al ricorrente andrebbe, pertanto, liquidata la somma di euro 13.352,72 per danno biologico permanente, più euro 1.685,40 per 30 giorni di invalidità totale, più euro 1.264,05 per 30 giorni invalidità temporanea al 75%, più euro 1.123,60 per 40 giorni di invalidità temporanea al 50%, più euro 280,90 per 20 giorni di invalidità temporanea al 25%, per un totale di euro 17.706,67.

Per quanto attiene alle sofferenze patite dall'attore va rilevato che, come noto, recentemente, la Cassazione a Sezioni Unite (sentenza n. 26972/2008) ha - tra l'altro - ritenuto che, nell'ambito del danno non patrimoniale, il riferimento a determinati tipi di pregiudizi, in vario modo denominati (danno morale, danno biologico, danno da perdita del rapporto parentale), risponde ad esigenze descrittive, ma non implica il riconoscimento di distinte categorie di danno.

È compito del giudice accertare l'effettiva consistenza del pregiudizio allegato, a prescindere dal nome attribuitogli, individuando quali ripercussioni negative sul valore uomo si siano verificate e provvedendo alla loro integrale riparazione. Il giudice anziché procedere alla separata liquidazione del danno morale in termini di una percentuale del danno biologico (procedimento che determina una duplicazione di danno), deve procedere ad un'adeguata personalizzazione della liquidazione del danno biologico, valutando nella loro effettiva consistenza le sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso, onde pervenire al ristoro del danno nella sua interezza. Questo principio di diritto deve, tuttavia, essere applicato in armonia con i valori monetari cogentemente prescritti dagli artt. 138 e 139 del Codice delle Assicurazioni; a tal fine il giudice deve muovere dal presupposto che, nei valori monetari disciplinati dall'art. 139 Cod. delle Assicurazioni, il legislatore non abbia affatto tenuto conto anche del danno conseguente alle sofferenze fisiche e psichiche patite dalla vittima; che, quindi, il giudice deve procedere con le seguenti modalità: - il giudice, operando una lettura costituzionalmente orientata degli artt. 139 Cod. delle Assicurazioni e 2059 c.c., deve garantire comunque l'integrale risarcimento del danno alla salute; - nella fattispecie concreta, il giudice, sulla base delle allegazioni e delle prove acquisite al processo e/o delle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio, ritiene che la "voce" del danno non patrimoniale intesa come "sofferenza soggettiva" non sia adeguatamente risarcita, in considerazione del complessivo danno non patrimoniale subito dal soggetto, con la sola applicazione dei predetti valori monetari; - conseguentemente, il giudice, procedendo ad "adeguata personalizzazione" del danno non patrimoniale, liquida, congiuntamente ai valori monetari di legge, una somma ulteriore che ristori integralmente il pregiudizio subito dalla vittima (cfr. per quanto sopra detto Tribunale di Milano 19.02.2009).



Ciò premesso, la Cassazione ha statuito anche che, in caso di incidente stradale, il danno morale, conseguente alle lesioni, va sempre provato, sia pure per presunzioni, non sussistendo alcuna automaticità parametrata al danno biologico patito. E ciò è tanto più vero nel caso di lesioni minori (micropermanenti), laddove non sempre vi è un ulteriore danno in termini di sofferenza da ristorare. Pertanto, qualunque ulteriore danno richiesto non può essere liquidato *in re ipsa* ma solo all'esito di una prova rigosa e circostanziata che l'attore non ha fornito, nemmeno in via presuntiva.

Alla luce degli esposti principi, trattandosi, nel caso che ci occupa di una microlesione e non essendo state provate le ulteriori sofferenze patite, non si può procedere ad un'adeguata personalizzazione della liquidazione del danno biologico.

Sulla somma da risarcire, ammontante ad euro 17.766,67 vanno calcolati gli interessi legali che decorreranno dalla data di pubblicazione della sentenza ex art. 1282 c.c. (Cfr. Cass. 9.1.1996, n. 83; Cass. 11.12.1990, n. 11786; Cass. 22.6.1982, n. 3803 e Cass. 13.9.1974, n. 2489). Nessun dubbio può sussistere più a riguardo, atteso - da un lato - che la liquidazione trasforma il debito di valore in debito di valuta e - dall'altro - che, a norma dell'art. 282 c.p.c. come da ultimo modificato, la sentenza di primo grado è provvisoriamente esecutiva e, quindi, il credito - oltre che liquido - esigibile.

In ordine alla domanda di surroga avanzata dall'INPS, va preliminarmente rilevata la tardività della costituzione in giudizio. In particolare, si osserva che l'INPS si è costituito in giudizio con comparsa di intervento in data 23.01.2024, quando già erano decorsi i termini ex art. 183 VI comma c.p.c. La costituzione tardiva in giudizio determina l'accettazione del giudizio allo stato degli atti in cui si trova e, pertanto, la parte deve ritenersi decaduta dal sollevare eccezioni, contestazioni ed a produrre documenti essendo decorsi i termini di cui all'art. 183 VI comma.

Merita di essere accolta la domanda di surrogazione proposta dall'INPS nei diritti del danneggiato Santo Massimo nei confronti della Generali Italia s.p.a. F.G.V.S.

Di fatti, l'INPS è intervenuta nel giudizio facendo valere il diritto di surroga per quanto riguarda l'indennità di malattia erogata in favore del danneggiato, con un *petitum* azionato di € 7.556,29.

Orbene, l'art. 142 del D.Lgs. n. 209 del 2005 riconosce all'ente gestore dell'assicurazione sociale il diritto di ottenere direttamente dall'impresa di assicurazione il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni erogate al danneggiato ai sensi delle leggi e dei regolamenti che disciplinano detta assicurazione. Inoltre, come precisato dalla Suprema Corte, "il principio fissato dall'art. 1916 c.c. in tema di assicurazione privata contro i danni, in forza del quale la surrogazione dell'assicuratore nei diritti dell'assicurato contro il terzo responsabile consegue al pagamento dell'indennità, subisce nel campo delle assicurazioni sociali - ove gli obblighi assicurativi sono caratterizzati da certezza ed inderogabilità, oltre



ad articolarsi in una molteplicità di prestazioni non sempre quantificabili immediatamente in danaro - i necessari adattamenti, nel senso che per il verificarsi del subingresso dell'istituto assicuratore basta la semplice comunicazione al terzo responsabile dell'ammissione del danneggiato all'assistenza prevista dalla legge, accompagnata dalla manifestazione della volontà di esercitare il diritto di surroga. L'esercizio della surrogazione da parte dell'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 patrimoniale liquidato in sentenza in favore del danneggiato, nessun'altra somma è dovuta a quest'ultimo" (Cass. n. 15022/2005).

L'INPS ha provato attraverso la produzione della documentazione previdenziale il credito vantato nei confronti del danneggiato per le somme erogategli a titolo di indennità di malattia e complessivamente ammontante ad €. 7.556,29.

Per questi motivi la parte convenuta deve esser condannata al pagamento della somma di euro 7.556,29, a favore dell'Inps, oltre interessi dalla pubblicazione della sentenza al soddisfo.

Tra l'attore e Generali Italia Spa le spese processuali seguono la soccombenza e sono liquidate d'ufficio ai sensi del D.M. 147/22, tenuto conto dello scaglione di riferimento individuato in base al *decisum* (fino ad euro 26.000,00), tenuto conto della natura della controversia, delle ragioni della decisione e dall'attività svolte dalle parti.

Si ritengono, invece, sussistenti giusti motivi per compensare le spese di lite tra le altre parti del giudizio.

Le spese di CTU, liquidate con separato decreto in atti, vengono poste in via definitiva a carico della convenuta Generali Italia Spa (impresa incorporante le Ass.ni Generali Spa – quale impresa designata FGVS).

P.Q.M.

Il Tribunale, in composizione monocratica, definitivamente pronunciando sulla controversia R.G. 5964/2022, ogni contraria istanza, eccezione e difesa disattesa e respinta così provvede:

1. Dichiara la esclusiva responsabilità del conducente l'autovettura non identificata, nei fatti per cui è causa e, per l'effetto, condanna la Generali Italia Spa quale impresa designata per la Campania in nome e per conto della CONSAP Spa - Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada, a pagare in favore di Santo Massimo la somma complessiva di euro 17.706,67 oltre agli interessi al tasso legale dalla data della pubblicazione della sentenza all'effettivo soddisfo;
2. condanna la convenuta Generali Italia Spa, quale impresa designata per la Campania in nome e per conto della CONSAP Spa - Fondo di Garanzia per le Vittime



della Strada alla refusione delle spese legali del presente giudizio in favore dell'attore, Santo Massimo, che liquida, in euro 2.540,00 per compensi ed 545,00 per spese, oltre Iva, Cpa e rimborso spese generali come per legge;

3. dichiara la surrogazione dell'INPS nei diritti di Santo Massimo e condanna la Generali Italia s.p.a. in persona del suo legale rappresentante, quale impresa designata per la Campania quale FVGS a corrispondere all'ente previdenziale la somma di € 7.556,29;
4. compensa integralmente le spese di lite tra le altre parti del giudizio.
5. pone definitivamente le spese di CTU a carico della Generali Assicurazioni S.p.a.

Così è deciso, Santa Maria Capua Vetere li, 03/12/2025

Il Gop

Dr.ssa Anna RUOTOLO

