

Capitolo 3

La fase extragiudiziale e la fase giudiziale: la richiesta di risarcimento del danno

Caso 3.1

Come comportarsi una volta avvenuto un sinistro stradale?

Nel momento in cui si verifica un incidente stradale vengono in essere delle attività formali da espletare, come la compilazione della denuncia di sinistro, la sua presentazione entro un determinato termine ed altri obblighi il cui sollecito adempimento permetterà al danneggiato di vedersi riconosciuto un risarcimento al danno subito.

La normativa di riferimento è il nuovo *Codice delle assicurazioni*, cioè il D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209.

L'art. 143 prevede come doverosa la *denuncia del sinistro* da parte del proprietario del veicolo alla propria impresa assicuratrice.

Nel caso di sinistro avvenuto tra veicoli a motore per i quali vi sia obbligo di assicurazione, i conducenti dei veicoli coinvolti o, se persone diverse, i rispettivi proprietari sono tenuti a denunciare il sinistro alla propria Impresa di Assicurazione, avvalendosi del modulo fornito dalla medesima — cd. **modulo blu di constatazione amichevole di incidente** (C.A.I.) — il cui modello è approvato dall'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse Collettivo). La previsione di tale onere ha la finalità di renderne più agevoli e trasparenti le procedure di liquidazione del danno, così da favorire la definizione stragiudiziale delle controversie, senza incorrere in rischi di frode o truffe.

NOTA BENE

Per danneggiato (e quindi, in senso processuale, legittimato attivo) si deve intendere non solo colui che ha subito un **danno fisico** come conseguenza diretta del sinistro, ma anche tutti quei soggetti che abbiano riportato dei **danni (patrimoniali e non) ingiusti** e direttamente (o anche "di rimbalzo") collegabili (causa-effetto) all'incidente occorso.

Per quanto riguarda l'insieme dei danneggiati, si pensi al proprietario dell'auto incidentata, qualora non fosse lui stesso il conducente, oppure i familiari del soggetto leso, o anche qualsiasi soggetto che subisca un danno dalla lesione del danneggiato diretto (per esempio, datore di lavoro).

Alla denuncia è tenuto qualunque soggetto, titolare di un veicolo, coinvolto nel sinistro, anche se non colpevole. Si prescinde, quindi, dalla responsabilità del denunziante. Nel caso di **omessa denuncia** l'Assicuratore può ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio subito o non corrispondere alcuna indennità qualora l'omissione sia dolosa.

NOTA BENE

Secondo la Corte di Giustizia delle Comunità Europee, sez. II, 13-12-2007 C463/06, la persona lesa può proporre un'azione diretta contro l'assicurazione dinanzi al giudice del luogo dello Stato membro in cui è domiciliato, qualora una siffatta azione diretta sia consentita e l'assicuratore sia domiciliato nel territorio di uno Stato membro.

Il **modulo della denuncia** dovrà contenere: i dati anagrafici dei proprietari e dei conducenti (qualora diversi) dei veicoli, gli estremi della polizza assicurativa e gli estremi dei veicoli incidentati (tipo, marca e targa).

Si dovranno individuare il luogo dell'incidente, la data, l'ora e il tipo di danni occorsi (solo materiali o anche fisici e quindi feriti).

Qualora ci siano testimoni sarà necessario farne menzione inserendo anche i loro recapiti.

Sarà poi necessario descrivere le **modalità dell'incidente**, specificando alcuni dati rilevanti rispetto alle condizioni per le quali si è verificato il sinistro.

Il modulo della denuncia ha **rilevanza probatoria**, ma con efficacia differente a seconda diversi soggetti contro cui tale modulo si vuole far valere.

Ciò vuol dire che nei confronti del conducente, che ha materialmente sottoscritto il modulo, questo ha *valore di confessione* e quindi costituisce prova legale.

Nei confronti del proprietario, diverso dal conducente firmatario, il modulo da un punto di vista probatorio è liberamente apprezzabile.

Così nei confronti dell'Assicuratore, il modulo costituisce mera presunzione che il sinistro sia accaduto effettivamente come riportato nel modulo stesso, ma fino a prova contraria.

Addirittura si è ritenuto che tale presunzione, superabile con qualunque mezzo di prova, valga solo nel caso di scontro, non avendo invece nessun rilievo, neanche presuntivo, negli altri casi di sinistro. *“Quando il modulo sia firmato congiuntamente da entrambi i conducenti coinvolti nel sinistro si presume, salvo prova contraria da parte dell'Impresa di assicurazione, che il sinistro si sia verificato nelle circostanze, con le modalità e con le conseguenze risultanti dal modulo stesso”* (art. 143, D.Lgs. 209/2005).

3. La fase extragiudiziale e la fase giudiziale: la richiesta di risarcimento del danno

In conclusione... risposta a 3.1

Una volta avvenuto un sinistro stradale i conducenti dei veicoli coinvolti devono procedere a recapitare denuncia alla propria Compagnia assicurativa. La pratica è comunque inoltrabile nei primi due anni dal verificarsi dell'evento, trascorsi i quali la denuncia decade automaticamente. Per tutti i casi di risarcimento non diretto la richiesta di rimborso deve essere inoltrata alla compagnia assicurativa "rivale", cioè a quella del responsabile dell'accaduto.

Nell'ipotesi di omessa denuncia, l'Impresa di assicurazione ha il diritto di limitare il risarcimento, in base al pregiudizio che potrebbe prodursi in capo a quest'ultima.

La denuncia deve essere redatta su moduli approvati dall'ISVAP.

Come si svolge di norma la procedura extragiudiziale di risarcimento del danno?

Il danneggiato ha azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti della Compagnia assicurativa del responsabile o danneggiante.

Questa possibilità viene temporaneamente paralizzata dall'obbligo di esperire un tentativo di conciliazione, cioè un tentativo di definizione extragiudiziale (al di fuori e prima di un ipotetico giudizio di fronte ad un giudice).

Prima di affrontare l'analisi di questo caso e di quelli che seguono occorre fare una premessa per quanto riguarda il *rito applicabile* alle controversie in oggetto. La L. 21-2-2006, n. 102 (in vigore dal 1° aprile 2006) — intitolata “*Disposizioni in materia di conseguenze derivanti da incidenti stradali*” —, al fine di assicurare un più celere svolgimento dei processi civili, aveva previsto all'art. 3 che alle cause relative al risarcimento dei danni per morte o lesioni, conseguenti ad incidenti stradali, si applicassero le norme processuali di cui al libro II, titolo IV, capo I del codice di procedura civile, vale a dire il rito speciale del lavoro.

Successivamente la **L. 18-6-2009, n. 69 ha disposto, all'art. 53, l'abrogazione dell'art. 3 della L. 102/2006**, prevedendo, per quanto attiene al regime transitorio, che la disposizione abrogata continui ad applicarsi alle controversie in esame già pendenti alla data di entrata in vigore (4 luglio 2009) della medesima L. 69/2009. Inoltre, alle controversie risarcitorie rientranti nell'ambito di applicazione dell'abrogato art. 3 della L. 102/2006, erroneamente introdotte con il rito ordinario e per le quali, alla data di entrata in vigore della L. 69/2009, non sia stato ancora disposto il mutamento del rito ai sensi dell'art. 426 c.p.c., continua ad applicarsi il rito ordinario.

Pertanto, nella trattazione che segue, tutti i riferimenti agli istituti processuali concernenti il rito del lavoro si devono intendere applicabili solo alle controversie pendenti alla data di entrata in vigore della novella (4 luglio 2009), vale a dire a quelle in cui il ricorso introduttivo sia stato depositato entro tale data.

La *richiesta di risarcimento per danni a cose* va effettuata a mezzo di **lettera raccomandata** con ricevuta di ritorno alla Compagnia assicurativa del danneggiante e deve contenere tutti gli elementi indicati nel modello di denuncia di sinistro approvato dall'ISVAP, di cui all'art. 143 del D.Lgs. 209/2005, ovvero copia della denuncia stessa, nonché l'indicazione del codice fiscale dei soggetti danneggiati e la descrizione delle condizioni dei beni danneggiati.

Seguendo i dettami della la Corte di Cassazione (sentenza del 10 marzo 2008, n. 6284) per “*indirizzo*”, ai sensi di tale norma, si deve intendere il luogo che, per collegamento ordinario o per normale frequenza o per preventiva indicazione o

3. La fase extragiudiziale e la fase giudiziale: la richiesta di risarcimento del danno

pattuizione, risulti in concreto nella sfera di dominio e controllo del destinatario stesso, sì da apparire idoneo a consentirgli la ricezione dell'atto e la cognizione del suo contenuto (così Cass. n. 4140 del 1999); appare chiaro che, in riferimento ad una persona giuridica come una società assicurativa, l'ufficio sinistri di una determinata zona geografica si può considerare certamente come un idoneo indirizzo. L'Assicuratore deve rispondere entro 60 giorni (dimezzati nel caso di denuncia sottoscritta da tutte le parti coinvolte nel sinistro ed aumentati a 90 nel caso di lesioni personali o decesso del danneggiato) formulando l'offerta risarcitoria ovvero esplicando le ragioni per cui ritiene di non poterla accogliere.

L'obbligatorietà di procedere a mezzo invio di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno deve essere considerata una cautela dal punto di vista processuale, più che di un obbligo vero e proprio.

La stessa Corte di Cassazione ha determinato delle limitazioni a tale onere (Cass., 25 gennaio 1995, n. 844 e Cass. 16 gennaio 1982, n. 277), sottolineando che possano valere anche altri atti idonei a rendere la Compagnia di assicurazione informata del sinistro occorso.

La comunicazione potrà essere anche prodotta da soggetti diversi dal danneggiato, come il proprio legale di fiducia, per il quale non è necessario dare alcuna prova scritta della procura alle liti.

Per quanto riguarda il **recapito della Compagnia di assicurazione del danneggiante**, la Suprema Corte ha stabilito che *"l'onere dell'invio della lettera raccomandata contenente la richiesta di risarcimento del danno (...) è adempiuto qualora la suddetta lettera sia indirizzata all'agenzia dell'impresa assicuratrice presso la quale è stato concluso il contratto"* (Cass., 11 luglio 1995, n. 7584).

C'è poi da sottolineare che secondo la prassi normale si invia, per conoscenza, la stessa comunicazione ai responsabili della circolazione del veicolo (proprietario e conducente). Tale attività non è obbligatoria, essendo sufficiente la comunicazione alla Compagnia di assicurazione.

NOTA BENE

Come esposto nel primo capitolo, per **responsabile del danno** (o soggetto danneggiante) si deve intendere il **proprietario del veicolo** o, in sua vece, l'usufruttuario o l'acquirente con patto di riservato dominio e, infine, la **Compagnia di assicurazione** che copriva il veicolo stesso al momento del danno.

A tali soggetti deve aggiungersi il **conducente del veicolo** al momento del sinistro (Cass., 10 giugno 1992, n. 7130).

Se il veicolo risulta difettoso (difetto di informazione, di fabbricazione e di progettazione), dovrà essere identificato, quale responsabile, anche il **produttore stesso del veicolo**.

Per i *danni da lesione personale*, la richiesta deve contenere anche la descrizione del sinistro, l'età e l'attività del danneggiato, lo stato di famiglia degli eredi del dece-

duto (se del caso) e, soprattutto, il **certificato medico** di avvenuta guarigione clinica con gli estremi dei postumi residuati; elemento quest'ultimo che posporrà l'istanza potenzialmente anche di molti mesi in attesa della avvenuta guarigione.

I *termini di procedibilità* dell'azione vengono sospesi in caso di:

- **rifiuto del danneggiato di assoggettarsi ad accertamenti diagnostici**, cui lo stesso potrebbe legittimamente sottrarsi per la loro invasività, con conseguente effetto di paralisi della giustiziabilità del diritto leso, il che rende la norma di dubbia costituzionalità;
- richiesta, entro 30 giorni dalla ricezione della raccomandata di costituzione in mora, da parte dell'Assicuratore, di **integrazione della documentazione prodotta dal danneggiato**, con il pericolo di concedere alla Compagnia assicuratrice un diritto potestativo di prolungare lo *spatium* (spazio temporale) che precede la possibile azione legale con istanze immotivate di integrazione che nessuno, se non appunto il giudice, potrebbe valutare per tali.

NOTA BENE

La richiesta a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno costituisce un vero e proprio atto di costituzione in mora, e quindi qualora sia infruttuosamente decorso il periodo di tempo come sopra descritto, la Compagnia assicuratrice, che ha ritardato ingiustificatamente il pagamento, dovrà farsi carico del pagamento anche degli interessi e della svalutazione monetaria.

L'esperimento del **tentativo di conciliazione** risulta anche una vera e propria condizione di proponibilità della domanda giudiziale, quindi un presupposto processuale la cui mancanza è rilevabile dal giudice di merito anche d'ufficio.

Nella comunicazione a mezzo raccomandata si dovrà riportare anche l'indicazione del luogo e degli orari (almeno 8 giorni lavorativi dal ricevimento della raccomandata) in cui il **perito della Compagnia di assicurazione** potrà prendere visione delle cose danneggiate (*veicolo*).

Viene data facoltà al solo Assicuratore, durante il periodo istruttorio, di poter acquisire **informazioni dagli organi di polizia**.

Rispetto all'*accesso agli atti*, fermo restando quanto previsto per l'accesso ai singoli dati personali dal *Codice in materia di protezione dei dati personali* (D.Lgs. 196/2003 e successive modif.), le imprese di assicurazione esercenti l'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti sono tenute a consentire ai contraenti e ai danneggiati il **diritto di accesso agli atti** a conclusione dei procedimenti di valutazione, constatazione e liquidazione dei danni che li riguardano.

L'esercizio del diritto di accesso non è consentito quando abbia ad oggetto atti relativi ad accertamenti che evidenziano indizi o prove di **comportamenti fraudolenti**. È invece sospeso in pendenza di **controversia giudiziaria** tra l'impresa e il richiedente.

3. La fase extragiudiziale e la fase giudiziale: la richiesta di risarcimento del danno

Se, entro 60 giorni dalla richiesta scritta, l'assicurato o il danneggiato non è messo in condizione di prendere visione degli atti richiesti ed estrarne copia a sue spese, può inoltrare reclamo all'ISVAP anche al fine di veder garantito il proprio diritto. In effetti, il diritto di accesso agli atti sembra alquanto limitato, sia rispetto al tipo di atti, sia rispetto al fatto che non esiste un sistema sanzionatorio a carico delle Compagnie assicuratrici che permetta una effettiva conoscenza degli atti stessi.

Alla comunicazione del danneggiato farà seguito la *perizia dei danni* da parte della Compagnia di assicurazione del danneggiante (anche sottoponendo il danneggiato ad una visita medico-legale, qualora si lamentino danni fisici) e una ulteriore comunicazione in cui l'Assicuratore indicherà il numero di riferimento del sinistro, il nominativo e la reperibilità del liquidatore incaricato e un elenco di carrozzerie convenzionate per il pagamento diretto.

Dopo questi adempimenti, la Compagnia di assicurazione, avendo peritato i danni subiti dal danneggiato e avendo valutato il suo grado di responsabilità, formulerà una propria **offerta di risarcimento**, oppure comunicherà la propria **impossibilità al risarcimento**, precisandone i motivi.

Se l'offerta dell'Assicuratore viene accettata dal danneggiato, il primo deve liquidare la somma offerta al secondo entro 15 giorni dalla ricezione della comunicazione di accettazione dell'offerta. In caso di rifiuto del danneggiato, anche presunto per la sua mancata replica, nel termine di 30 giorni dall'offerta, la relativa somma viene in ogni caso inviata dall'Assicuratore con le stesse modalità, tempistica, ed effetti che per il caso di accettazione (in questo caso, però, a titolo di parziale risarcimento del danno); l'unica differenza è che, nel caso di liquidazione giudiziale di somma superiore di oltre la metà a quella offerta in questa fase, è prevista la segnalazione all'ISVAP per accertamenti.

Viene, infine, ripresa la normativa già prevista sull'obbligo di **segnalare al cliente l'entità degli onorari corrisposti al professionista intervenuto**, cui richiedere la documentazione fiscale relativa (fattura).

Infatti, l'impresa assicuratrice, quando corrisponde compensi professionali per l'eventuale assistenza prestata da professionisti, è tenuta a richiedere la documentazione probatoria relativa alla prestazione stessa e ad indicarne il corrispettivo separatamente rispetto alle voci di danno nella quietanza di liquidazione.

La Compagnia assicuratrice, che abbia provveduto direttamente al pagamento dei compensi dovuti al professionista, ne dà comunicazione al danneggiato, indicando l'importo corrisposto.

Il danneggiato che ha ottenuto il risarcimento del danno subito dal proprio veicolo dovrà trasmettere all'Assicuratore la **fattura relativa alla riparazione** dello stesso entro tre mesi dal risarcimento.

In caso di inadempimento la legge prevede il diritto in capo alla Compagnia di assicurazioni di richiedere la **restituzione di quanto liquidato**.

Nel caso di *rottamazione* dell'autoveicolo il danneggiato dovrà presentare alla Compagnia di assicurazioni la documentazione comprovante l'avvenuta rottamazione.

NOTA BENE

La formulazione dell'offerta o la corresponsione della somma che siano effettuate oltre la scadenza prevista dalla normativa in vigore, per un ritardo massimo di 120 giorni, come pure la mancata comunicazione del diniego dell'offerta nel medesimo termine, sono punite (art. 315 D.Lgs. 209/2005):

- in caso di *ritardo fino a 30 giorni*, con la sanzione da 300 euro a 900 euro;
- in caso di *ritardo fino a 60 giorni*, con la sanzione da 900 euro a 2.700 euro;
- in caso di *ritardo fino a 90 giorni*, con la sanzione da 2.700 euro a 5.400 euro;
- in caso di *ritardo fino a 120 giorni*, con la sanzione da 5.400 euro a 10.800 euro.

Qualora, *oltre i 120 giorni dal termine utile*, siano omesse la formulazione dell'offerta, la comunicazione dei motivi del diniego o il pagamento della somma, la violazione è punita con la sanzione da 10.800 euro a 30.000 euro in relazione a danni o cose e con la sanzione da 20.000 euro a 60.000 euro in relazione a danni a persone o per il caso morte.

Le sanzioni sono ridotte del 30 per cento nell'ipotesi in cui l'impresa di assicurazione formuli l'offerta in ritardo rispetto al termine utile e contestualmente provveda al pagamento della somma.

Nella **procedura di risarcimento diretto** (v. caso successivo), l'assicuratore decide se il risarcimento è dovuto o meno al danneggiato, sulla base di un attento esame della pratica condotto nel rispetto di specifici obblighi comportamentali fissati dal *Regolamento sull'indennizzo diretto*. Infatti, l'impresa, nell'adempimento degli **obblighi contrattuali di correttezza e buona fede**, fornisce al danneggiato ogni *assistenza informativa e tecnica* utile per consentire la migliore prestazione del servizio e la piena realizzazione del diritto al risarcimento del danno. Tali obblighi, oltre a quanto stabilito espressamente dalla polizza, comprendono:

- il *supporto tecnico nella compilazione della richiesta di risarcimento*, anche ai fini della quantificazione dei danni alle cose e ai veicoli, e l'eventuale *integrazione*;
- l'illustrazione e la precisazione dei *criteri di ripartizione della responsabilità* dell'incidente e dell'attribuzione del relativo grado di responsabilità *tipizzati* sulla base della casistica più ricorrente, nel rispetto della disciplina legislativa e regolamentare in materia di circolazione stradale, e formalizzati in un apposito allegato al Regolamento.

In particolare, l'impresa fornisce una presentazione molto stilizzata della **casistica standard**, la quale non esclude tuttavia che ogni sinistro sia valutato nel caso concreto, tenendo conto anche di ulteriori circostanze che possono aver influito sulla sua dinamica.

3. La fase extragiudiziale e la fase giudiziale: la richiesta di risarcimento del danno

Il tetto massimo entro il quale l'Assicurazione può essere chiamata a rispondere è il massimale di polizza, essendosi l'Assicurazione impegnata a tenere indenne e quindi a garantire il proprio assicurato per quella somma.

Per invocare il limite del massimale si deve provarne l'ammontare producendo in giudizio la polizza. Per provare il massimale non sono ammesse altre prove (per esempio, la prova per testimoni). Ai sensi dell'art. 144 comma 2, D.Lgs. 209/2005, "*Per l'intero massimale di polizza, l'Impresa di assicurazione non può opporre al danneggiato eccezioni derivanti dal contratto, né clausole che prevedano l'eventuale contributo dell'assicurato al risarcimento del danno. L'Impresa di assicurazione ha tuttavia diritto di rivalsa verso l'assicurato nella misura in cui avrebbe avuto contrattualmente diritto di rifiutare o ridurre la propria prestazione*".

L'Assicurazione, nel caso di **condotta negligente**, come ad esempio nel caso di ritardo colpevole nella liquidazione del danno, può essere chiamata a rispondere per inadempimento anche oltre il massimale.

In questo caso, l'interessato nell'azione promossa deve espressamente chiedere l'abbattimento del massimale.

Ci si può poi chiedere se l'Assicurazione possa opporre al danneggiato le **eccezioni derivanti dal contratto di assicurazione**. Si ritiene che, se si consentisse all'assicurazione di opporre al terzo danneggiato le eccezioni relative al rapporto di assicurazione tra Assicuratore e assicurato, si vanificherebbero oltre che le aspettative del danneggiato anche le esigenze di carattere pubblicistico del sistema. Quindi, si è preferito assicurare il diritto al risarcimento all'assicurato deferendo all'*istituto della rivalsa* la definizione dei rapporti interni tra Assicurazione e assicurato.

L'**azione di rivalsa** può essere intentata contro l'assicurato anche nel giudizio intrapreso dal danneggiato con l'azione diretta e nel quale è litisconsorte necessario il responsabile civile, che viene identificato con il proprietario del veicolo assicurato, anche qualora sia soggetto diverso dal conducente.

Il danneggiato potrebbe anche promuovere un'*azione diretta* contro l'assicurazione di natura contrattuale e un'*azione ordinaria* contro il responsabile civile di natura extracontrattuale ex 2054 c.c. Le due azioni possono essere cumulate configurandosi una solidarietà (nel senso inteso nel paragrafo riguardante la responsabilità solidale a cui si rimanda) tra obbligazione dell'assicurazione e obbligazione dell'assicurato.

Il **termine di prescrizione** dell'azione è di 2 anni. Gli *atti interruttivi* (come la messa in mora a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento) compiuti verso uno dei due soggetti (per esempio il proprietario del veicolo assicurato) producono effetti anche nell'azione intentata nei confronti dell'altro.

Peraltro, la dipendenza del termine prescrizione da quello astrattamente previsto per l'azione nei confronti del responsabile civile rafforzerebbe l'interpretazione giurisprudenziale della durata quinquennale della prescrizione del risar-

cimento del danno da lesioni personali, a prescindere dalla proposizione o meno della querela della persona offesa ovvero della costituzione di parte civile per il caso di procedibilità d'ufficio dell'azione penale.

Per quanto, infine, riguarda il danneggiato, la normativa già esaminata (art. 141 del D.Lgs. 209/2005) dispone che *“salvo l'ipotesi di sinistro cagionato da caso fortuito, il danno subito dal terzo trasportato è risarcito dalla Compagnia di assicurazione del veicolo sul quale era a bordo al momento del sinistro nei limiti del massimale minimo in vigore al momento del sinistro”*.

Per l'**eventuale maggiore danno**, il trasportato potrà agire nei confronti dell'Impresa di assicurazione del responsabile *“se il veicolo di quest'ultimo è coperto per un massimale superiore a quello minimo”*. Tutto ciò a prescindere dall'accertamento della effettiva responsabilità dei conducenti dei veicoli coinvolti nel sinistro.

Corrisposto il risarcimento, l'Assicuratore del veicolo vettore ha diritto di rivalsa nei confronti dell'Impresa di Assicurazione del responsabile.

Per ottenere il risarcimento, il trasportato dovrà osservare la **procedura ordinaria**: richiesta inviata all'Assicuratore a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, con documentata certificazione medica.

L'Assicuratore del vettore può essere convenuto in giudizio solo dopo che siano state osservate tutte le modalità prescritte e siano passati 60 giorni, o 90 in caso di danno alla persona, dal giorno in cui il danneggiato ha richiesto il risarcimento.

L'Impresa di assicurazione del responsabile potrà intervenire volontariamente nel giudizio, chiedendo eventualmente l'estromissione della Compagnia di assicurazione del veicolo a bordo del quale si trovava il danneggiato, qualora intendesse riconoscere la responsabilità del proprio assicurato.

In conclusione... risposta a 3.2

L'art. 144 del Codice delle assicurazioni prevede che il danneggiato possa rivolgere le proprie pretese direttamente nei confronti dell'Assicuratore, con una evidente migliore garanzia di solvibilità, avendo l'assicurazione presumibilmente una capacità patrimoniale maggiore del conducente responsabile.

“Il danneggiato per sinistro causato dalla circolazione di un veicolo o di un natante, per i quali vi è obbligo di assicurazione, ha azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'Impresa di Assicurazione del responsabile civile, entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata l'assicurazione”. La procedura di risarcimento danni è una procedura pre-giudiziale con la quale si cerca di arrivare bonariamente ad una definizione dei danni (tipologie e rilevanza) e delle responsabilità (percentuali di colpa rispetto alla condotta tenuta dai conducenti dei veicoli).

Si tratta di un momento fortemente dialettico, grazie al quale si cercano di provare i propri assunti e, quindi, di arrivare ad una soluzione *“bonaria”* e soddisfacente per tutte le parti in causa.

La soluzione però non è spesso dietro l'angolo e potrebbe determinarsi una situazione di stallo, che può ben presto comportare, appena siano passati i termini di 60 o 90 giorni, il ricorso ad un'azione giudiziale per vedersi riconosciuto il risarcimento.

Osservatorio per la giustizia civile di Milano
Nuove tabelle "2009" per la liquidazione del danno non patrimoniale
derivante da lesione alla integrità psico-fisica e dalla perdita del rapporto parentale

presentate nel corso della riunione dei magistrati del distretto di Milano tenutasi il 25 giugno 2009 su convocazione del Presidente della Corte d'appello.

§ I Le Tabelle milanesi utilizzate prima delle sentenze delle Sezioni unite della Corte di cassazione dell'11-11-2008 individuavano valori "standard" di liquidazione del c.d. danno biologico, parametrati alla gravità della lesione alla integrità psico-fisica e alla età del danneggiato, prevedendo poi la liquidazione del c.d. "danno morale" in misura variabile tra 1/4 e 1/2 dell'importo liquidato a titolo di danno biologico, nonché la c.d. personalizzazione del danno biologico, con aumento fino al 30% dei valori "standard", in riferimento a particolari condizioni soggettive del danneggiato.

A seguito del nuovo indirizzo giurisprudenziale di cui alle sentenze delle Sezioni unite della Corte di cassazione dell'11-11-2008, l'*Osservatorio per la giustizia civile di Milano*, all'esito di varie riunioni cui hanno partecipato magistrati della Corte e del Tribunale di Milano e numerosi avvocati, ha rilevato l'esigenza di una liquidazione unitaria del danno non patrimoniale biologico e di ogni altro danno non patrimoniale connesso alla lesione della salute e ha constatato l'inadeguatezza dei valori monetari finora utilizzati nella liquidazione del c.d. danno biologico a risarcire gli altri profili di danno non patrimoniale.

Si propone quindi la **liquidazione congiunta** del danno non patrimoniale conseguente a "*lesione permanente dell'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale*", sia nei suoi risvolti anatomico-funzionali e relazionali medi ovvero peculiari, e del danno non patrimoniale conseguente alle medesime lesioni in termini di "dolore", "sofferenza soggettiva", in via di presunzione in riferimento ad un dato tipo di lesione, vale a dire la liquidazione congiunta dei pregiudizi in passato liquidati a titolo di:

- c.d. danno biologico "standard";
- c.d. personalizzazione — per particolari condizioni soggettive- del danno biologico;
- c.d. danno morale.

Per individuare i valori monetari di tale liquidazione congiunta, si è poi fatto riferimento all'andamento dei precedenti degli Uffici giudiziari di Milano, e si è quindi pensato:

- a una tabella di valori monetari "medi", corrispondenti al caso di incidenza della lesione in termini "standardizzabili" in quanto frequentemente ricorrenti (sia quanto agli aspetti anatomico-funzionali, sia quanto agli aspetti relazionali, sia quanto agli aspetti di sofferenza soggettiva);
- a una percentuale di aumento di tali valori "medi" da utilizzarsi — onde consentire una adeguata "personalizzazione" complessiva della liquidazione — laddove il caso concreto presenti peculiarità che vengano allegate e provate (anche in via presuntiva) dal danneggiato, in particolare: sia quanto agli aspetti anatomico-funzionali e relazionali (ad esempio lavoratore soggetto a maggior sforzo fisico senza conseguenze patrimoniali; lesione al "dito del pianista dilettante"); sia quanto agli aspetti di sofferenza soggettiva (ad esempio dolore al trigemino; specifica penosità delle modalità del fatto lesivo), ferma restando,

ovviamente, la possibilità che il giudice moduli la liquidazione **oltre i valori massimi in relazione a fattispecie del tutto eccezionali** rispetto alla casistica comune degli illeciti.

La **versione finale delle nuove Tabelle** — varata nella riunione dell' *Osservatorio* del 28 aprile 2009 e qui allegata — segue ed innova l'impianto delle precedenti tabelle quanto alla **liquidazione del danno permanente da lesione all'integrità psico-fisica**, in particolare: individuando il **nuovo valore del c.d. "punto"** partendo dal valore del "punto" delle Tabelle precedenti (1) (relativo alla sola componente di danno non patrimoniale anatomico-funzionale, c.d. danno biologico permanente), aumentato — in riferimento all'inserimento nel valore di liquidazione "medio" anche della componente di danno non patrimoniale relativa alla "sofferenza soggettiva" — di una percentuale ponderata (dall'1 al 9% di invalidità l'aumento è del 25% fisso, dal 10 al 34 % di invalidità l'aumento è progressivo per punto dal 26% al 50%, dal 35 al 100% di invalidità l'aumento torna ad essere fisso al 50%), così tenendo conto del fatto che, a partire dal 10% di invalidità, in concreto le liquidazioni giurisprudenziali *ante* 11-11-2009 si sono costantemente attestate intorno ai valori più alti della fascia relativa al c.d. danno morale, secondo le tabelle all'epoca in uso parametrato tra un quarto e la metà del valore di liquidazione del c.d. danno biologico, e prevedendo inoltre **percentuali massime di aumento** da utilizzarsi in via di c.d. **personalizzazione**.

§ II A seguito del nuovo orientamento giurisprudenziale, l'*Osservatorio* propone poi anche una rivisitazione dei valori in passato liquidati a titolo di c.d. danno biologico e morale temporaneo, anche in questo caso proponendo una liquidazione congiunta dell'intero danno non patrimoniale "temporaneo" derivante da lesione alla persona.

In particolare, sempre tenuto conto dei precedenti degli uffici giudiziari di Milano, si propone per il risarcimento del danno non patrimoniale "temporaneo" complessivo corrispondente a **un giorno di invalidità temporanea al 100%**, una forbice di valori monetari, da un minimo di euro 88,00 ad un massimo di euro 132,00 (il valore minimo della forbice è stato ottenuto aumentando del 25% il valore base di liquidazione — rivalutato al 2009 e pari a euro 70,56 finora in uso per la liquidazione del c.d. danno biologico temporaneo — mentre il valore massimo è stato ottenuto aumentando il valore minimo del 50 %), onde così consentire l'adeguamento del risarcimento alle caratteristiche del caso concreto.

Punto biologico 2008 riv. al 2009	Aumento %	Punto danno "non patrimoniale" 2009	Aumento personalizzato
Euro 70,56	25%	Euro 88,00	Fino a max Euro 132,00

§ III A seguito della ricognizione dei valori di effettiva liquidazione portati dalla giurisprudenza del Tribunale di Milano, l'*Osservatorio* propone infine anche un **adeguamento dei valori di liquidazione del danno non patrimoniale da perdita del rapporto parentale**, secondo la seguente tabella (nella quale è stato inserita anche l'ipotesi del nonno a cui venga a mancare il nipote), prevedente una forbice che consente di tener conto di tutte le circostanze del caso concreto (tipizzabili in particolare nella sopravvivenza o meno di altri congiunti, nella convivenza o meno di questi ultimi, nella qualità ed intensità della relazione affettiva familiare residua, nella qualità ed intensità della relazione affettiva che caratterizzava il rapporto parentale con la persona perduta).

(1) Il valore del "punto" di cui alle Tabelle precedenti è riportato nelle nuove Tabelle - rivalutato al 2009 - nella colonna all'estrema sinistra di ogni pagina.

Tabelle 2009 per la liquidazione del danno non patrimoniale - Tribunale di Milano

	Da	a
A favore di ciascun genitore per la morte di un figlio	Euro 150.000,00	Euro 300.000,00
A favore del figlio per la morte di un genitore	Euro 150.000,00	Euro 300.000,00
A favore del coniuge (non separato) o del convivente sopravvissuto	Euro 150.000,00	Euro 300.000,00
A favore del fratello per la morte di un fratello	Euro 21.711,00	Euro 130.266,00
A favore del nonno per la morte di un nipote	Euro 21.711,00	Euro 130.266,00

Milano, 22 maggio 2009

TRIBUNALE DI MILANO - LIQUIDAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE - TABELLE 2009

Danno permanente da lesioni alla integrità psico-fisica: valori medi di liquidazione e percentuali massime di "personalizzazione"

Invalidità	Punto biologico 2008 rinv. al 2009	Punto danno "non patrimoniale" 2009	Risarcimento: fasce di età 1-10										aumento personalizzato	Invalidità
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
			Demoltiplicatore											
1	1.068,67	25%	1.335,84	0,995	0,990	0,985	0,980	0,975	0,970	0,965	0,960	0,955	1	+ max 50%
2	1.135,46	25%	1.419,33	1.329,00	1.322,00	1.316,00	1.309,00	1.302,00	1.296,00	1.289,00	1.282,00	1.276,00	2	+ max 50%
3	1.202,25	25%	1.502,82	4.486,00	4.463,00	4.441,00	4.418,00	4.396,00	4.373,00	4.351,00	4.328,00	4.306,00	3	+ max 50%
4	1.269,04	25%	1.586,30	6.313,00	6.282,00	6.250,00	6.218,00	6.187,00	6.155,00	6.123,00	6.091,00	6.060,00	4	+ max 50%
5	1.335,84	25%	1.669,79	8.349,00	8.307,00	8.265,00	8.224,00	8.182,00	8.140,00	8.099,00	8.057,00	8.015,00	5	+ max 50%
6	1.402,63	25%	1.753,28	10.396,00	10.354,00	10.312,00	10.270,00	10.228,00	10.186,00	10.144,00	10.102,00	10.060,00	6	+ max 50%
7	1.469,42	25%	1.836,77	12.443,00	12.401,00	12.359,00	12.317,00	12.275,00	12.233,00	12.191,00	12.149,00	12.107,00	7	+ max 50%
8	1.536,21	25%	1.920,22	14.490,00	14.448,00	14.406,00	14.364,00	14.322,00	14.280,00	14.238,00	14.196,00	14.154,00	8	+ max 50%
9	1.603,00	25%	2.003,75	16.537,00	16.495,00	16.453,00	16.411,00	16.369,00	16.327,00	16.285,00	16.243,00	16.201,00	9	+ max 50%
10	1.669,79	25%	2.106,50	18.584,00	18.542,00	18.500,00	18.458,00	18.416,00	18.374,00	18.332,00	18.290,00	18.248,00	10	+ max 50%
11	1.736,58	25%	2.209,25	20.631,00	20.589,00	20.547,00	20.505,00	20.463,00	20.421,00	20.379,00	20.337,00	20.295,00	11	+ max 48%
12	1.803,37	25%	2.312,00	22.678,00	22.636,00	22.594,00	22.552,00	22.510,00	22.468,00	22.426,00	22.384,00	22.342,00	12	+ max 47%
13	1.870,16	25%	2.414,75	24.725,00	24.683,00	24.641,00	24.599,00	24.557,00	24.515,00	24.473,00	24.431,00	24.389,00	13	+ max 46%
14	1.936,95	25%	2.517,50	26.772,00	26.730,00	26.688,00	26.646,00	26.604,00	26.562,00	26.520,00	26.478,00	26.436,00	14	+ max 45%
15	2.003,74	25%	2.620,25	28.819,00	28.777,00	28.735,00	28.693,00	28.651,00	28.609,00	28.567,00	28.525,00	28.483,00	15	+ max 44%
16	2.070,53	25%	2.723,00	30.866,00	30.824,00	30.782,00	30.740,00	30.698,00	30.656,00	30.614,00	30.572,00	30.530,00	16	+ max 43%
17	2.137,32	25%	2.825,75	32.913,00	32.871,00	32.829,00	32.787,00	32.745,00	32.703,00	32.661,00	32.619,00	32.577,00	17	+ max 42%
18	2.204,11	25%	2.928,50	34.960,00	34.918,00	34.876,00	34.834,00	34.792,00	34.750,00	34.708,00	34.666,00	34.624,00	18	+ max 41%
19	2.270,90	25%	3.031,25	37.007,00	36.965,00	36.923,00	36.881,00	36.839,00	36.797,00	36.755,00	36.713,00	36.671,00	19	+ max 40%
20	2.337,69	25%	3.134,00	39.054,00	39.012,00	38.970,00	38.928,00	38.886,00	38.844,00	38.802,00	38.760,00	38.718,00	20	+ max 39%
21	2.404,48	25%	3.236,75	41.101,00	41.059,00	41.017,00	40.975,00	40.933,00	40.891,00	40.849,00	40.807,00	40.765,00	21	+ max 38%
22	2.471,27	25%	3.339,50	43.148,00	43.106,00	43.064,00	43.022,00	42.980,00	42.938,00	42.896,00	42.854,00	42.812,00	22	+ max 37%
23	2.538,06	25%	3.442,25	45.195,00	45.153,00	45.111,00	45.069,00	45.027,00	44.985,00	44.943,00	44.901,00	44.859,00	23	+ max 36%
24	2.604,85	25%	3.545,00	47.242,00	47.200,00	47.158,00	47.116,00	47.074,00	47.032,00	46.990,00	46.948,00	46.906,00	24	+ max 35%
25	2.671,64	25%	3.647,75	49.289,00	49.247,00	49.205,00	49.163,00	49.121,00	49.079,00	49.037,00	48.995,00	48.953,00	25	+ max 34%
26	2.738,43	25%	3.750,50	51.336,00	51.294,00	51.252,00	51.210,00	51.168,00	51.126,00	51.084,00	51.042,00	50.999,00	26	+ max 33%
27	2.805,22	25%	3.853,25	53.383,00	53.341,00	53.299,00	53.257,00	53.215,00	53.173,00	53.131,00	53.089,00	53.047,00	27	+ max 32%
28	2.872,01	25%	3.956,00	55.430,00	55.388,00	55.346,00	55.304,00	55.262,00	55.220,00	55.178,00	55.136,00	55.094,00	28	+ max 31%
29	2.938,80	25%	4.058,75	57.477,00	57.435,00	57.393,00	57.351,00	57.309,00	57.267,00	57.225,00	57.183,00	57.141,00	29	+ max 30%
30	3.005,59	25%	4.161,50	59.524,00	59.482,00	59.440,00	59.398,00	59.356,00	59.314,00	59.272,00	59.230,00	59.188,00	30	+ max 29%
31	3.072,38	25%	4.264,25	61.571,00	61.529,00	61.487,00	61.445,00	61.403,00	61.361,00	61.319,00	61.277,00	61.235,00	31	+ max 28%
32	3.139,17	25%	4.367,00	63.618,00	63.576,00	63.534,00	63.492,00	63.450,00	63.408,00	63.366,00	63.324,00	63.282,00	32	+ max 27%
33	3.205,96	25%	4.469,75	65.665,00	65.623,00	65.581,00	65.539,00	65.497,00	65.455,00	65.413,00	65.371,00	65.329,00	33	+ max 26%

Tabelle 2009 per la liquidazione del danno non patrimoniale - Tribunale di Milano

Invalidità	Punto biologico 2008 riv. al 2009	Punto danno "non patrimoniale" 2009	Risarcimento: fasce di età 1-10										Invalidità
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
			Demoltiplicatore										
			1,000	0,995	0,990	0,985	0,980	0,975	0,970	0,965	0,960	0,955	
34	4.207,88	6.311,82	214.602,00	213.529,00	212.456,00	211.383,00	210.310,00	209.237,00	208.164,00	207.091,00	206.018,00	204.945,00	34
35	4.300,05	6.450,08	225.753,00	224.624,00	223.495,00	222.367,00	221.238,00	220.109,00	218.980,00	217.852,00	216.723,00	215.594,00	35
36	4.391,56	6.587,34	237.144,00	235.958,00	234.773,00	233.587,00	232.401,00	231.216,00	230.030,00	228.844,00	227.658,00	226.473,00	36
37	4.483,73	6.725,60	248.847,00	247.603,00	246.359,00	245.114,00	243.870,00	242.626,00	241.382,00	240.137,00	238.893,00	237.649,00	37
38	4.575,24	6.862,86	260.789,00	259.485,00	258.181,00	256.877,00	255.573,00	254.269,00	252.965,00	251.661,00	250.357,00	249.053,00	38
39	4.667,41	7.001,11	273.043,00	271.678,00	270.313,00	268.948,00	267.583,00	266.217,00	264.852,00	263.487,00	262.122,00	260.757,00	39
40	4.759,91	7.139,37	285.535,00	284.107,00	282.680,00	281.252,00	279.824,00	278.396,00	276.969,00	275.541,00	274.113,00	272.686,00	40
41	4.852,09	7.276,63	298.342,00	296.850,00	295.358,00	293.867,00	292.375,00	290.883,00	289.392,00	287.900,00	286.408,00	284.916,00	41
42	4.944,59	7.413,89	311.393,00	309.826,00	308.269,00	306.713,00	305.156,00	303.599,00	302.042,00	300.485,00	298.928,00	297.371,00	42
43	5.034,76	7.552,15	324.742,00	323.119,00	321.495,00	319.871,00	318.247,00	316.624,00	315.000,00	313.376,00	311.753,00	310.129,00	43
44	5.126,27	7.689,40	338.334,00	336.642,00	334.950,00	333.259,00	331.567,00	329.875,00	328.184,00	326.492,00	324.800,00	323.109,00	44
45	5.218,44	7.827,66	352.245,00	350.484,00	348.722,00	346.961,00	345.200,00	343.439,00	341.677,00	339.916,00	338.155,00	336.394,00	45
46	5.309,95	7.964,92	366.386,00	364.554,00	362.722,00	360.891,00	359.059,00	357.227,00	355.395,00	353.563,00	351.731,00	349.899,00	46
47	5.402,12	8.103,18	380.849,00	378.945,00	377.041,00	375.137,00	373.232,00	371.328,00	369.424,00	367.520,00	365.615,00	363.711,00	47
48	5.493,62	8.240,44	395.541,00	393.563,00	391.586,00	389.608,00	387.630,00	385.652,00	383.675,00	381.697,00	379.719,00	377.742,00	48
49	5.585,80	8.378,70	410.556,00	408.503,00	406.450,00	404.398,00	402.345,00	400.292,00	398.239,00	396.187,00	394.134,00	392.081,00	49
50	5.677,30	8.515,95	425.798,00	423.669,00	421.540,00	419.411,00	417.282,00	415.153,00	413.024,00	410.895,00	408.766,00	406.637,00	50
51	5.768,13	8.649,20	441.109,00	438.904,00	436.698,00	434.493,00	432.287,00	430.082,00	427.876,00	425.670,00	423.465,00	421.259,00	51
52	5.859,63	8.777,44	456.427,00	454.145,00	451.863,00	449.581,00	447.298,00	445.016,00	442.734,00	440.452,00	438.170,00	435.888,00	52
53	5.934,45	8.901,67	471.789,00	469.430,00	467.071,00	464.712,00	462.353,00	459.994,00	457.635,00	455.276,00	452.917,00	450.558,00	53
54	6.013,93	9.020,90	487.128,00	484.693,00	482.257,00	479.822,00	477.386,00	474.950,00	472.515,00	470.079,00	467.643,00	465.208,00	54
55	6.090,74	9.136,11	502.486,00	499.974,00	497.461,00	494.949,00	492.437,00	489.924,00	487.412,00	484.899,00	482.387,00	479.874,00	55
56	6.164,88	9.247,32	517.850,00	515.261,00	512.672,00	510.082,00	507.493,00	504.904,00	502.315,00	499.725,00	497.136,00	494.547,00	56
57	6.239,68	9.353,52	533.151,00	530.485,00	527.819,00	525.153,00	522.488,00	519.822,00	517.156,00	514.490,00	511.825,00	509.159,00	57
58	6.303,81	9.455,71	548.431,00	545.689,00	542.947,00	540.205,00	537.463,00	534.721,00	531.978,00	529.236,00	526.494,00	523.752,00	58
59	6.369,26	9.553,90	563.680,00	560.861,00	558.043,00	555.225,00	552.406,00	549.588,00	546.769,00	543.951,00	541.133,00	538.314,00	59
60	6.432,05	9.648,07	578.884,00	575.990,00	573.096,00	570.201,00	567.307,00	564.412,00	561.518,00	558.623,00	555.729,00	552.835,00	60
61	6.492,16	9.738,24	594.033,00	591.063,00	588.092,00	585.122,00	582.152,00	579.182,00	576.212,00	573.242,00	570.271,00	567.301,00	61
62	6.548,93	9.823,40	609.051,00	606.006,00	602.960,00	599.915,00	596.870,00	593.825,00	590.779,00	587.734,00	584.689,00	581.644,00	62
63	6.603,70	9.905,56	624.050,00	620.930,00	617.809,00	614.689,00	611.569,00	608.449,00	605.328,00	602.208,00	599.088,00	595.968,00	63
64	6.656,47	9.984,70	639.021,00	635.826,00	632.631,00	629.436,00	626.241,00	623.045,00	619.850,00	616.655,00	613.460,00	610.265,00	64
65	6.705,89	10.058,84	653.825,00	650.556,00	647.287,00	644.017,00	640.748,00	637.479,00	634.210,00	630.941,00	627.672,00	624.403,00	65
66	6.753,32	10.129,98	668.578,00	665.235,00	661.893,00	658.550,00	655.207,00	651.864,00	648.521,00	645.178,00	641.835,00	638.492,00	66