

Questo argomento è stato oggetto di parere legale e di pubblicazione su questo sito da parte del sottoscritto . A completamento dell'argomento da me trattato in prima battuta ritengo utile riportare e delineare il quadro normativo di riferimento per dare la possibilità al danneggiato di avere dei riferimenti di legge sul punto. A tal uopo pubblichiamo il D.Lgs. N.209/ 2005

Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209

***“Codice delle assicurazioni private”***  
**CAPO III ° RISARCIMENTO DEL DANNO**

Art. 137.

*Danno patrimoniale*

1. Nel caso di danno alla persona, quando agli effetti del risarcimento si debba considerare l'incidenza dell'inabilità temporanea o dell'invalidità permanente su un reddito di lavoro comunque qualificabile, tale reddito si determina, per il lavoro dipendente, sulla base del reddito di lavoro, maggiorato dei redditi esenti e al lordo delle detrazioni e delle ritenute di legge, che risulta il più elevato tra quelli degli ultimi tre anni e, per il lavoro autonomo, sulla base del reddito netto che risulta il più elevato tra quelli dichiarati dal danneggiato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche negli ultimi tre anni ovvero, nei casi previsti dalla legge, dall'apposita certificazione rilasciata dal datore di lavoro ai sensi delle norme di legge.

2. E' in ogni caso ammessa la prova contraria, ma, quando dalla stessa risulti che il reddito sia superiore di oltre un quinto rispetto a quello risultante dagli atti indicati nel comma 1, il giudice ne fa segnalazione al competente ufficio dell'Agenzia delle entrate.

3. In tutti gli altri casi il reddito che occorre considerare ai fini del risarcimento non può essere inferiore a tre volte l'ammontare annuo della pensione sociale.

Art. 138.

*Danno biologico per lesioni di non lieve entità*

1. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro delle attività produttive, con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della giustizia, si provvede alla predisposizione di una specifica tabella unica su tutto il territorio della Repubblica:

a) delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra dieci e cento punti;

*b)* del valore pecuniario da attribuire ad ogni singolo punto di invalidità comprensiva dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto leso.

2. La tabella unica nazionale e' redatta secondo i seguenti principi e criteri:

*a)* agli effetti della tabella per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito;

*b)* la tabella dei valori economici si fonda sul sistema a punto variabile in funzione dell'età e del grado di invalidità;

*c)* il valore economico del punto e' funzione crescente della percentuale di invalidità e l'incidenza della menomazione sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato cresce in modo più che proporzionale rispetto all'aumento percentuale assegnato ai postumi;

d) il valore economico del punto e' funzione decrescente dell'età del soggetto, sulla base delle tavole di mortalità elaborate dall'ISTAT, al tasso di rivalutazione pari all'interesse legale;

e) il danno biologico temporaneo inferiore al cento per cento e' determinato in misura corrispondente alla percentuale di inabilità riconosciuta per ciascun giorno.

3. Qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali, l'ammontare del danno determinato ai sensi della tabella unica nazionale può essere aumentato dal giudice sino al trenta per cento, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato.

4. Gli importi stabiliti nella tabella unica nazionale sono aggiornati annualmente, con decreto del Ministro delle attività produttive, in misura corrispondente alla variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati accertata dall'ISTAT.

Art. 139.

*Danno biologico per lesioni di lieve entità*

1. Il risarcimento del danno biologico per lesioni di lieve entità, derivanti da sinistri conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, e' effettuato secondo i criteri e le misure seguenti:

a) a titolo di danno biologico permanente, e' liquidato per i postumi da lesioni pari o inferiori al nove per cento un importo crescente in misura più che proporzionale in relazione ad ogni punto percentuale di invalidità; tale importo e' calcolato in base all'applicazione a ciascun punto percentuale di invalidità del relativo coefficiente secondo la correlazione esposta nel comma 6. L'importo così determinato si riduce con il crescere dell'età del soggetto in ragione dello zero virgola cinque per cento per ogni anno di età a partire dall'undicesimo anno di età. Il valore del primo punto e' pari ad euro seicentoseventaquattro virgola settantotto;

b) a titolo di danno biologico temporaneo, e' liquidato un importo di euro trentanove virgola trentasette per ogni giorno di inabilità assoluta; in caso di inabilità temporanea inferiore al cento per cento, la liquidazione avviene in misura corrispondente alla percentuale di inabilità riconosciuta per ciascun giorno.

2. Agli effetti di cui al comma 1 per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica della

persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito.

3. L'ammontare del danno biologico liquidato ai sensi del comma 1 può essere aumentato dal giudice in misura non superiore ad un quinto, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato.

4. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, con il Ministro della giustizia e con il Ministro delle attività produttive, si provvede alla predisposizione di una specifica tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra uno e nove punti di invalidità.

5. Gli importi indicati nel comma 1 sono aggiornati annualmente con decreto del Ministro delle attività produttive, in misura corrispondente alla variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati accertata dall'ISTAT.

6. Ai fini del calcolo dell'importo di cui al comma 1, lettera a), per un punto percentuale di invalidità pari a 1 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,0, per un punto percentuale di invalidità pari a 2 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,1, per un punto percentuale di invalidità pari a 3 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,2, per un punto percentuale di invalidità pari a 4 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,3, per un punto percentuale di invalidità pari a 5 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,5, per un punto percentuale di invalidità pari a 6 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,7, per un punto percentuale di invalidità pari a 7 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,9, per un punto percentuale di invalidità pari a 8 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 2,1, per un punto percentuale di invalidità pari a 9 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 2,3.

Art. 140.

*Pluralità di danneggiati e supero del massimale*

1. Qualora vi siano più persone danneggiate nello stesso sinistro e il risarcimento dovuto dal responsabile superi le somme assicurate, i diritti delle persone danneggiate nei confronti dell'impresa di assicurazione sono proporzionalmente ridotti fino alla concorrenza delle somme assicurate.

2. L'impresa di assicurazione che, decorsi trenta giorni dall'incidente e ignorando l'esistenza di altre persone danneggiate, pur avendone ricercata l'identificazione con la normale diligenza, ha pagato ad alcuna di esse una somma superiore alla quota spettante, risponde verso le altre persone danneggiate nei limiti dell'eccedenza della somma assicurata rispetto alla somma versata.

3. Nel caso di cui al comma 2, le altre persone danneggiate, il cui credito rimanesse insoddisfatto, hanno diritto di ripetere, da chi abbia ricevuto il risarcimento dall'impresa di assicurazione, quanto sarebbe loro spettato in applicazione del comma 1.

4. Nei giudizi promossi fra l'impresa di assicurazione e le persone danneggiate sussiste litisconsorzio necessario, applicandosi l'articolo 102 del codice di procedura civile. L'impresa di assicurazione può effettuare il deposito di una somma, nei limiti del massimale, con effetto liberatorio nei confronti di tutte le persone aventi diritto al risarcimento, se il deposito è irrevocabile e vincolato a favore di tutti i danneggiati.

Art. 141.

*Risarcimento del terzo trasportato*



1. Salva l'ipotesi di sinistro cagionato da caso fortuito, il danno subito dal terzo trasportato e' risarcito dall'impresa di assicurazione del veicolo sul quale era a bordo al momento del sinistro entro il massimale minimo di legge, fermo restando quanto previsto all'articolo 140, a prescindere dall'accertamento della responsabilità dei conducenti dei veicoli coinvolti nel sinistro, fermo il diritto al risarcimento dell'eventuale maggior danno nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile civile, se il veicolo di quest'ultimo e' coperto per un massimale superiore a quello minimo.

2. Per ottenere il risarcimento il terzo trasportato promuove nei confronti dell'impresa di assicurazione del veicolo sul quale era a bordo al momento del sinistro la procedura di risarcimento prevista dall'articolo 148.

3. L'azione diretta avente ad oggetto il risarcimento e' esercitata nei confronti dell'impresa di assicurazione del veicolo sul quale il danneggiato era a bordo al momento del sinistro nei termini di cui all'articolo 145. L'impresa di assicurazione del responsabile civile può intervenire nel giudizio e può estromettere l'impresa di assicurazione del veicolo, riconoscendo la responsabilità del proprio assicurato. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni del capo IV.

4. L'impresa di assicurazione che ha effettuato il pagamento ha

diritto di rivalsa nei confronti dell'impresa di assicurazione del responsabile civile nei limiti ed alle condizioni previste dall'articolo 150.

Art. 142.

*Diritto di surroga dell'assicuratore sociale*

1. Qualora il danneggiato sia assistito da assicurazione sociale, l'ente gestore dell'assicurazione sociale ha 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, sempreche' non sia già stato pagato il risarcimento al danneggiato, con l'osservanza degli adempimenti prescritti nei commi 2 e 3.

2. Prima di provvedere alla liquidazione del danno, l'impresa di assicurazione e' tenuta a richiedere al danneggiato una dichiarazione attestante che lo stesso non ha diritto ad alcuna prestazione da parte di istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie. Ove il danneggiato dichiara di avere diritto a tali prestazioni, l'impresa di assicurazione e' tenuta a darne comunicazione al competente ente di assicurazione sociale e potrà procedere alla liquidazione del danno solo previo accantonamento di una somma idonea a coprire il credito dell'ente per le prestazioni erogate o da erogare.

3. Trascorsi quarantacinque giorni dalla comunicazione di cui al comma 2 senza che l'ente di assicurazione sociale abbia dichiarato di volersi surrogare nei diritti del danneggiato, l'impresa di assicurazione potrà disporre la liquidazione definitiva in favore del danneggiato. L'ente di assicurazione sociale ha diritto di ripetere dal danneggiato le somme corrispondenti agli oneri sostenuti se il comportamento del danneggiato abbia pregiudicato l'azione di surrogazione.

4. In ogni caso l'ente gestore dell'assicurazione sociale non può esercitare l'azione surrogatoria con pregiudizio del diritto dell'assistito al risarcimento dei danni alla persona non altrimenti risarciti.

#### *Capo IV*

### PROCEDURE LIQUIDATIVE

Art. 143.

#### *Denuncia di sinistro*

1. 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, il cui modello e' approvato dall'ISVAP. In caso di mancata presentazione della denuncia di sinistro si applica l'articolo 1915 del codice civile per l'omesso avviso di sinistro.

2. 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. 144.

*Azione diretta del danneggiato*

1. Il danneggiato per sinistro causato dalla circolazione di un veicolo o di un natante, per i quali vi e' 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 e' stata stipulata l'assicurazione.

2. Per l'intero massimale di polizza l'impresa di assicurazione non può opporre al danneggiato eccezioni derivanti dal contratto, ne' 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.

3. Nel giudizio promosso contro l'impresa di assicurazione e' chiamato anche il responsabile del danno.

4. L'azione diretta che spetta al danneggiato nei confronti dell'impresa di assicurazione e' soggetta al termine di prescrizione cui sarebbe soggetta l'azione verso il responsabile.

Art. 145.

*Proponibilità dell'azione di risarcimento*

1. Nel caso si applichi la procedura di cui all'articolo 148, l'azione per il risarcimento dei danni causati dalla circolazione dei veicoli e dei natanti, per i quali vi e' obbligo di assicurazione, può essere proposta solo dopo che siano decorsi sessanta giorni, ovvero novanta in caso di danno alla persona, decorrenti da quello in cui il danneggiato abbia chiesto all'impresa di assicurazione il risarcimento del danno, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, anche se inviata per conoscenza, avendo osservato le modalità ed i contenuti previsti all'articolo 148.

2. Nel caso in cui si applichi la procedura di cui all'articolo 149 l'azione per il risarcimento dei danni causati dalla circolazione dei veicoli e dei natanti, per i quali vi è obbligo di assicurazione, può essere proposta solo dopo che siano decorsi sessanta giorni, ovvero novanta in caso di danno alla persona, decorrenti da quello in cui il danneggiato abbia chiesto alla propria impresa di assicurazione il risarcimento del danno, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, inviata per conoscenza all'impresa di assicurazione dell'altro veicolo coinvolto, avendo osservato le modalità ed i contenuti previsti dagli articoli 149 e 150.

Art. 146.

*Diritto di accesso agli atti*

1. Fermo restando quanto previsto per l'accesso ai singoli dati personali dal codice in materia di protezione dei dati personali, 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 ed ai danneggiati il diritto di accesso agli atti a conclusione dei procedimenti di valutazione, constatazione e liquidazione dei danni che li riguardano.

2. 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. E' invece sospeso in pendenza di controversia giudiziaria tra l'impresa e il richiedente, fermi restando i poteri attribuiti dalla legge all'autorità giudiziaria.

3. Se, entro sessanta giorni dalla richiesta scritta, l'assicurato o il danneggiato non e' 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.

4. Il Ministro delle attività produttive, di concerto con il Ministro della giustizia, con regolamento adottato su proposta dell'ISVAP, individua la tipologia degli atti soggetti e di quelli esclusi dall'accesso e determina gli obblighi delle imprese, gli oneri a carico dei richiedenti, nonché i termini e le altre condizioni per l'esercizio del diritto di cui al comma 1.

Art. 147.

*Stato di bisogno del danneggiato*

1. Nel corso del giudizio di primo grado, gli aventi diritto al risarcimento che, a causa del sinistro, vengano a trovarsi in stato di bisogno, possono chiedere che sia loro assegnata una

somma da imputarsi nella liquidazione definitiva del danno.

2. Il giudice civile o penale, sentite le parti, qualora da un sommario accertamento risultino gravi elementi di responsabilità a carico del conducente, con ordinanza immediatamente esecutiva provvede all'assegnazione della somma ai sensi del comma 1, nei limiti dei quattro quinti della presumibile entità del risarcimento che sarà liquidato con la sentenza. Se la causa civile e' sospesa ai sensi dell'articolo 75, comma 3, del codice di procedura penale, l'istanza e' proposta al presidente del tribunale dinanzi al quale e' pendente la causa.

3. L'istanza può essere riproposta nel corso del giudizio.

4. L'ordinanza e' irrevocabile fino alla decisione del merito.

Art. 148.

*Procedura di risarcimento*

1. Per i sinistri con soli danni a cose, la richiesta di risarcimento, presentata secondo le modalità indicate nell'articolo 145, deve essere corredata dalla denuncia secondo il modulo di cui



all'articolo 143 e recare l'indicazione del codice fiscale degli aventi diritto al risarcimento e del luogo, dei giorni e delle ore in cui le cose danneggiate sono disponibili per l'ispezione diretta ad accertare l'entità del danno. Entro sessanta giorni dalla ricezione di tale documentazione, l'impresa di assicurazione formula al danneggiato congrua offerta per il risarcimento ovvero comunica specificatamente i motivi per i quali non ritiene di fare offerta. Il termine di sessanta giorni e' ridotto a trenta quando il modulo di denuncia sia stato sottoscritto dai conducenti coinvolti nel sinistro.

2. L'obbligo di proporre al danneggiato congrua offerta per il risarcimento del danno, ovvero di comunicare i motivi per cui non si ritiene di fare offerta, sussiste anche per i sinistri che abbiano causato lesioni personali o il decesso. La richiesta di risarcimento deve essere presentata dal danneggiato o dagli aventi diritto con le modalità indicate al comma 1. La richiesta deve contenere l'indicazione del codice fiscale degli aventi diritto al risarcimento e la descrizione delle circostanze nelle quali si e' verificato il sinistro ed essere accompagnata, ai fini dell'accertamento e della valutazione del danno da parte dell'impresa, dai dati relativi all'età, all'attività del danneggiato, al suo reddito, all'entità delle lesioni subite, da attestazione medica comprovante l'avvenuta guarigione con o senza postumi permanenti, nonché dalla dichiarazione ai sensi dell'articolo 142, comma 2, o, in caso di decesso, dallo stato di famiglia della vittima. L'impresa di assicurazione e' tenuta a provvedere all'adempimento del predetto obbligo entro novanta giorni dalla ricezione di tale documentazione.

3. Il danneggiato, pendenti i termini di cui al comma 2 e fatto salvo quanto stabilito al comma 5, non può rifiutare gli accertamenti strettamente necessari alla valutazione del danno alla persona da parte dell'impresa. Qualora ciò accada, i termini di cui al comma 2 sono sospesi.

4. L'impresa di assicurazione può richiedere ai competenti organi di polizia le informazioni acquisite relativamente alle modalità dell'incidente, alla residenza e al domicilio delle parti e alla targa di immatricolazione o altro analogo segno distintivo, ma è tenuta al rispetto dei termini stabiliti dai commi 1 e 2 anche in caso di sinistro che abbia determinato sia danni a cose che lesioni personali o il decesso.

5. In caso di richiesta incompleta l'impresa di assicurazione richiede al danneggiato entro trenta giorni dalla ricezione della stessa le necessarie integrazioni; in tal caso i termini di cui ai commi 1 e 2 decorrono nuovamente dalla data di ricezione dei dati o dei documenti integrativi.

6. Se il danneggiato dichiara di accettare la somma offertagli, l'impresa provvede al pagamento entro quindici giorni dalla ricezione della comunicazione.

7. Entro ugual termine l'impresa corrisponde la somma offerta al danneggiato che abbia comunicato di non accettare l'offerta. La somma in tal modo corrisposta e' imputata nella liquidazione definitiva del danno.

8. Decorsi trenta giorni dalla comunicazione senza che l'interessato abbia fatto pervenire alcuna risposta, l'impresa corrisponde al danneggiato la somma offerta con le stesse modalità, tempi ed effetti di cui al comma 7.

9. Agli effetti dell'applicazione delle disposizioni di cui al presente articolo, l'impresa di assicurazione non può opporre al danneggiato l'eventuale inadempimento da parte dell'assicurato dell'obbligo di avviso del sinistro di cui all'articolo 1913 del codice civile.

10. In caso di sentenza a favore del danneggiato, quando la somma offerta ai sensi dei commi 1 o 2 sia inferiore alla metà di quella liquidata, al netto di eventuale rivalutazione ed interessi, il giudice trasmette, contestualmente al deposito in cancelleria, copia della sentenza all'ISVAP per gli accertamenti relativi all'osservanza delle disposizioni del presente capo.

11. L'impresa, quando corrisponde compensi professionali per

l'eventuale assistenza prestata da professionisti, e' 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. L'impresa, che abbia provveduto direttamente al pagamento dei compensi dovuti al professionista, ne dà comunicazione al danneggiato, indicando l'importo corrisposto.

Art. 149.

*Procedura di risarcimento diretto*

1. In caso di sinistro tra due veicoli a motore identificati ed assicurati per la responsabilità civile obbligatoria, dal quale siano derivati danni ai veicoli coinvolti o ai loro conducenti, i danneggiati devono rivolgere la richiesta di risarcimento all'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto relativo al veicolo utilizzato.

2. La procedura di risarcimento diretto riguarda i danni al veicolo nonché i danni alle cose trasportate di proprietà dell'assicurato o del conducente. Essa si applica anche al danno alla persona subito dal conducente non responsabile se risulta contenuto nel limite previsto dall'articolo 139. La procedura non si applica ai sinistri che coinvolgono veicoli immatricolati all'estero ed al risarcimento del danno subito dal terzo trasportato come disciplinato dall'articolo 141.

3. L'impresa, a seguito della presentazione della richiesta di risarcimento diretto, e' obbligata a provvedere alla liquidazione dei danni per conto dell'impresa di assicurazione del veicolo responsabile, ferma la successiva regolazione dei rapporti fra le imprese medesime.

4. Se il danneggiato dichiara di accettare la somma offerta, l'impresa di assicurazione provvede al pagamento entro quindici giorni dalla ricezione della comunicazione e il danneggiato e' tenuto a rilasciare quietanza liberatoria valida anche nei confronti del responsabile del sinistro e della sua impresa di assicurazione.

5. L'impresa di assicurazione, entro quindici giorni, corrisponde la somma offerta al danneggiato che abbia comunicato di non accettare l'offerta o che non abbia fatto pervenire alcuna risposta. La somma in tale modo corrisposta e' imputata all'eventuale liquidazione definitiva del danno.

6. In caso di comunicazione dei motivi che impediscono il risarcimento diretto ovvero nel caso di mancata comunicazione di offerta o di diniego di offerta entro i termini previsti dall'articolo 148 o di mancato accordo, il danneggiato può proporre l'azione diretta di cui all'articolo 145, comma 2, nei soli confronti della propria impresa di assicurazione. L'impresa di assicurazione del veicolo del responsabile può chiedere di

intervenire nel giudizio e può estromettere l'altra impresa, riconoscendo la responsabilità del proprio assicurato ferma restando, in ogni caso, la successiva regolazione dei rapporti tra le imprese medesime secondo quanto previsto nell'ambito del sistema di risarcimento diretto.

Art. 150.

*Disciplina del sistema di risarcimento diretto*

1. Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro delle attività produttive, da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente codice sono stabiliti:

a) i criteri di determinazione del grado di responsabilità delle parti anche per la definizione dei rapporti interni tra le imprese di assicurazione;

b) il contenuto e le modalità di presentazione della denuncia di sinistro e gli adempimenti necessari per il risarcimento del danno;

c) le modalità, le condizioni e gli adempimenti dell'impresa di

assicurazione per il risarcimento del danno;

d) i limiti e le condizioni di risarcibilità dei danni accessori;

e) i principi per la cooperazione tra le imprese di assicurazione, ivi compresi i benefici derivanti agli assicurati dal sistema di risarcimento diretto.

2. Le disposizioni relative alla procedura prevista dall'articolo 149 non si applicano alle imprese di assicurazione con sede legale in altri Stati membri che operano nel territorio della Repubblica ai sensi degli articoli 23 e 24, salvo che le medesime abbiano aderito al sistema di risarcimento diretto.

3. L'ISVAP vigila sul sistema di risarcimento diretto e sui principi adottati dalle imprese per assicurare la tutela dei danneggiati, il corretto svolgimento delle operazioni di liquidazione e la stabilità delle imprese.

**Vediamo cosa ci dice sul punto il collega Avv. Fabio Quadri (esperto della materia) Riportiamo uno stralcio di un suo parere pubblicato in Overlex:**

“Da una lettura di detto regolamento emerge che i danneggiati, le vittime della strada e i professionisti che tutelano costoro non solo sono stati ignorati ma ora, questi ultimi, vogliono proprio essere eliminati.

La lettura del regolamento evidenzia alcuni elementi ben precisi:

1.

il regolamento non ha nulla di tecnico e sembra redatto da soggetti che non conoscono i meccanismi risarcitori in ambito di R.C.A.;

2.

il regolamento non risolve i contrasti del Codice delle Assicurazioni con il codice civile e di procedura civile, nonché con quello che possiamo definire il “*diritto vivente*” ed oltre quarant’anni di giurisprudenza (senza parlare della Costituzione);

3.

l’unica spesa accessoria regolamentata è quella relativa alle spese sostenute dal danneggiato per consulenza o assistenza professionale; ovvero si arriva a sostenere che tale attività non



deve essere considerata una spesa accessoria (e quindi esclusa dal risarcimento);

4.

non si dice quali siano i benefici concreti, previsti dall'art. 150, lettera e), derivanti agli assicurati dal sistema di risarcimento diretto se non indicando una generica ottimizzazione della gestione, controllo dei costi e innovazione dei contratti, senza dare parametri di riferimento precisi di come ciò debba avvenire.

Credo sia invece evidente come, al contrario, al danneggiato, ma anche all'assicurato, il risarcimento diretto porterà solo svantaggi rispetto al sistema attuale. Vediamo quali:

-

## **La richiesta di risarcimento**

L'art. 5 del Regolamento prevede che il danneggiato, che si ritiene non responsabile del sinistro, rivolga la richiesta di risarcimento alla propria impresa assicuratrice mediante

raccomandata r.r., fax o telegramma. In primo luogo è palese come tale procedura, in confronto all'attuale C.I.D., penalizzi il danneggiato -il quale oggi si limita a consegnare copia della C.A.I. alla propria compagnia assicuratrice- poichè, con il nuovo Codice, **dovrà anche inviare una richiesta di risarcimento**. Dato che è noto che nel sistema attuale, quando non si applica la procedura C.I.D., la raccomandata viene inviata non dal danneggiato direttamente ma dal proprio agente o dal proprio patrocinatore, ci si deve chiedere se col nuovo sistema gli agenti assicurativi (che saranno l'unico interlocutore col danneggiato) provvederanno ad auto-inviarsi la raccomandata di richiesta. Naturalmente, poi, la richiesta di risarcimento dovrà sottostare ad una formalità ben precisare, ovvero contenere tutta una serie di elementi così come elencati all'art. 6 del Regolamento.

-

### **L'allungamento a dismisura dei tempi concessi per il risarcimento alle compagnie assicuratrici.**

Nel sistema attuale, i tempi concessi per la liquidazione alla compagnia assicuratrice sono di giorni 30 in caso di constatazione amichevole sottoscritta, o giorni 60 dalla ricezione della richiesta di risarcimento nella procedura ordinaria. Il Regolamento al risarcimento diretto prevede ora, invece, che la compagnia assicuratrice, ricevuta la richiesta di

risarcimento (sempre ammesso che l'abbia ricevuta), se questa è incompleta (come avviene nel 90% dei casi) abbia trenta giorni di tempo per chiedere al danneggiato l'integrazione degli elementi mancanti. Si deve notare che, ad esempio, nel caso di danni fisici, il danneggiato, se ha subito una invalidità permanente, deve allegare anche una copia della relazione medico legale alla richiesta di risarcimento. Quindi, ottenute tali integrazioni, prima di fare l'offerta, la compagnia ha altri 60 giorni di tempo nel caso di danno alle cose (30 se la C.A.I. è firmata) ed addirittura 90 giorni in caso di lesioni.

Concretamente, quindi, nel caso di danno alle cose i tempi concessi alla compagnia per fare l'offerta (non per liquidare, poiché per questo si devono aggiungere altri 15 giorni previsti dall'art.149) diventano i seguenti.: 30 giorni di tempo dalla ricezione della raccomandata per chiedere le integrazioni e i chiarimenti necessari; ricevuti questi chiarimenti (e si deve considerare anche il tempo necessario al danneggiato per fornirli detti chiarimenti) altri 60 giorni di tempo. Possiamo supporre, quindi, almeno 100 giorni per il danno a cose. Senza contare il fatto che la compagnia potrebbe ripetere nel tempo diverse volte la richiesta di chiarimenti; -per i danni fisici, una volta ricevuta la relazione medico legale dal danneggiato (e cioè, per le lesioni più lievi almeno 90 giorni dal sinistro, per quelli più serie anche 180 ma fino a 360 giorni e oltre, dovendo attendere la stabilizzazione dei postumi) , altri 90 giorni per fare l'offerta. E' lecito, pertanto, supporre che in caso di lesioni alla compagnia è concesso un **termine minimo** per fare l'offerta di giorni 180. Ma questo nei casi più semplici. Ma non è tutto. Qualora tale offerta non sia ritenuta congrua, attesi altri 15 giorni per ricevere materialmente la liquidazione, il danneggiato

potrà (così dice l'art.149 del Codice) intraprendere l'azione direttamente nei confronti della propria compagnia. Ovvero, mentre col sistema attuale, per il danno a cose, al sessantunesimo giorno si può intraprendere la, giusta, azione giudiziale, nel caso del risarcimento diretto questo termine è posticipato a dismisura. Se poi il danneggiato, terminato tutto questo lungo *iter* d'attesa, decidesse d'intraprendere l'azione, non nei confronti della propria compagnia, ma nei confronti del civile responsabile ex art. 145 del Codice, dovrebbe *ex novo* far decorrere tutti i termini, così come previsto anche dall'art. 148. In sostanza si rischia che per un semplice danno a cose debba passare almeno un anno prima di poter procedere con l'azione giudiziale nei confronti del responsabile civile e, nel caso di lesioni, molto di più.

-

## **L'assistenza legale al danneggiato**

Con l'art.9 del Regolamento si è appalesato quanto si voleva ottenere: l'eliminazione totale di diritti di assistenza legale a favore dei danneggiati. Infatti, è previsto che le spese sostenute dal danneggiato per consulenza e assistenza professionale diverse da quelle medico-legale non debbano considerarsi spese accessorie; ovvero, il danneggiato se vuole

rivolgersi all'avvocato lo deve fare a proprie spese. Credo che non serva essere esperti di diritto per capire che ciò violi due norme fondamentali previste dalla carta costituzionale: il diritto alla parità di trattamento ed il diritto alla difesa. Non voglio in questa sede dilungarmi oltre circa l'incostituzionalità del risarcimento diretto, avendo già avuto modo di trattare l'argomento con altri articoli. Ma quello che voglio sottolineare in questa sede è il fondo che ha toccato chi ha redatto il regolamento. Infatti, il primo comma dell'art. 9 prevede che l'assistenza tecnica (prima data dagli avvocati), al fine d'ottenere la piena realizzazione del diritto al risarcimento del danno, **debba essere fornita proprio dalla compagnia assicuratrice che deve effettuare il risarcimento!!!**

Cioè la stessa compagnia assicuratrice che deve pagare dovrebbe suggerire al danneggiato come fare per ottenere un giusto (o maggiore) risarcimento? Chissà perché ma mi sembrava di ricordare che le compagnie assicuratrice fossero società a fini di lucro e non enti di beneficenza. O al Governo non se ne sono accorti?

Ancora: riportiamo uno scritto sempre del collega Avv. Fabio Quadri sul parere del Consiglio di Stato.

Fonte:Overlex

“Ho dovuto rileggere ripetutamente il parere delo 19 dicembre

2005 del Consiglio di Stato, relativo allo schema del DPR recante l'attuazione dell'art. 150 del Codice delle Assicurazioni per cercare di capirne il significato, la portata e, soprattutto, la coerenza. A onor del vero, ancora oggi, rinvengo nello stesso solo grosse contraddizioni e nessuna certezza. Cercherò, allora, di esplicitare i miei dubbi esaminando passo-passo quanto riportato nel parere.

## **Il mancato preventivo parere del Consiglio di Stato ed il parere delle competenti Commissioni Parlamentari**

*Osserva il Consiglio di Stato che “le disposizioni recanti la procedura di risarcimento diretto (art. 149) e la relativa disciplina (art. 150), risultano inserite nel Codice delle Assicurazioni sulla base degli elementi e delle indicazioni contenuti nel parere reso dalle competenti Commissioni parlamentari: non erano presenti nello schema di decreto legislativo sul quale questa Sezione ha previamente espresso il suo parere (Adunanza del 14 febbraio 2005)”.*

Per quanto concerne il parere delle competenti Commissioni, il Consiglio di Stato può fare solo riferimento al parere espresso dalla X Commissione del Senato, laddove, nella seduta del 22 giugno 2005, esaminando un testo che non conteneva il risarcimento diretto, l'on. Maconi (DS-U) proponeva l'inserimento dell'indennizzo diretto degli assicurati. Non mi

risulta che altre commissioni parlamentari, quali, ad esempio, quella per gli Affari Costituzionali o la Commissione Giustizia, sia siano espresse in tal senso esaminando lo schema di Cedreto Legislativo antecedente al Codice delle Assicurazioni. Mi risulterebbe, invece, che undici Senatori della Repubblica, in data 8 novembre 2005, ovvero prima del parere del Consiglio di Stato, abbiano presentato una proposta di legge con la quale si richiede proprio l'abrogazione dell'indennizzo diretto. E che due Senatori fra essi, tra cui il primo firmatario, siano proprio membri della X Commissione del Senato. Ora, l'aver proposto un "risarcimento" diretto non meglio specificato prima dell'entrata in vigore del Codice, alla luce della successiva richiesta di abrogazione fatta da alcuni membri –e non- della medesima Commissione, non può certo far pensare, come ha invece ritenuto il Consiglio di Stato, che il risarcimento diretto, **così come è stato introdotto**

, corrisponda “

*agli elementi e alle indicazioni della competente Commissione”.*

Se così fosse stato, ovvero se gli artt. 149 e 150 corrispondessero esattamente alla volontà parlamentare, non si comprenderebbe perché gli stessi parlamentari di area governativa (cioè della maggioranza) ne abbiano immediatamente chiesto l'abrogazione. Non solo, ma durante l'[esame del disegno di legge](#) abrogativo alle commissioni congiunte di Giustizia e Attività produttive, il Presidente della Commissione Giustizia Antonino Caruso ha testualmente dichiarato”

*Vi è poi un ulteriore motivo che milita a favore della soppressione dei citati articoli del decreto delegato ed è quello*

*relativo all'eccesso di delega rispetto ai principi e criteri direttivi della legge n. 229 del 2003 che erano diretti alla tutela dei consumatori e, in generale, dei contraenti più deboli sotto il profilo della trasparenza delle condizioni contrattuali e dell'informativa preliminare, contestuale e successiva alla conclusione del contratto*

” Eccesso di delega ribadito nella stessa seduta anche dal Senatore Semeraro membro, come già detto, della Commissione Attività Produttive. E' quindi una forzatura ritenere che una presunta indicazione della X Commissione del Senato, possa sopperire integralmente al mancato preventivo

parere del Consiglio di Stato, come qualcuno vorrebbe leggere ora nel parere del 19 dicembre 2005 qui in commento. Non si può, oltretutto, dimenticare che il preventivo (e non postumo) parere era richiesto proprio dalla Legge Delega 29 luglio 2003 n.229. Pertanto, il Consiglio di Stato avrebbe dovuto rispondere ad un altro quesito, ovvero: poteva il Governo emanare una norma di legge senza il preventivo

parere del Consiglio di Stato, ancorché ciò fosse chiesto dalla Legge Delega?

## **La tutela del consumatore e del contraente più debole**

Gli artt 149 e 150 del Codice delle Assicurazioni, nonché il successivo regolamento attuativo esaminato dal Consiglio di



Stato, devono necessariamente adeguarsi ai principi e criteri direttivi della Legge Delega, la quale, espressamente li indica nella **tutela del consumatore e del contraente più debole**. Sinceramente, gli artt. 5, 6 e 7, i quali disciplinano le modalità con cui il danneggiato deve presentare la richiesta di risarcimento, hanno notevolmente complicato questo adempimento, soprattutto laddove con la precedente Convenzione Indennizzo Diretto bastava presentare la copia della Constatazione Amichevole d'Incidente sottoscritta al proprio assicuratore per essere risarciti. Nulla dice il Consiglio di Stato in merito a tale situazione peggiorativa. Per non parlare poi dei criteri di ripartizione delle responsabilità dell'incidente e dell'attribuzione del relativo grado di responsabilità che ora sono tipizzati sulla base di alcuni

*baremés*

predeterminati, e non più, quindi, in base ai principi del codice civile, del codice della strada o dell'apprezzamento del Giudice. E mi sembra persino superfluo far notare come l'aver escluso fra i danni accessori le spese di consulenza legale vada nel senso opposto alla tutela del consumatore e del contraente più debole, a tutto vantaggio esclusivo delle compagnie assicuratrici che non avranno nella fase stragiudiziale alcun contraddittore. Ma il vero controsenso nel parere del Consiglio di Stato è che lo stesso, come vedremo, giustifica lo schema di regolamento pur definendolo “

**restrittivo**

” dei diritti del consumatore e del contraente più debole. Il Consiglio di Stato, infatti equivoca sui principi da seguire così come imposti dalla Legge Delega: ritiene, infatti, che il prevedere presunti

## **benefici**

per gli assicurati (e vedremo poi cosa consiglia il Supremo Giudice) coincida con la

## **tutela**

del consumatore e contraente più debole previsto dalla Legge Delega. Non ho timore di smentita quando affermo che

## **restringere i diritti**

dei consumatori-danneggiati, come affermato dallo stesso Consiglio di Stato, va nel senso opposto a quello voluto e previsto nella delega parlamentare. Infatti, presunti benefici in temi di “ottimizzazione della gestione”, “controllo dei costi” e “innovazione dei contratti” (come previsto dall’art. 14 dello schema di regolamento) nulla hanno a che vedere con la tutela dei contraenti deboli.

## **Il risarcimento diretto un’autonomia negoziale?**

L’art. 149 del Codice delle Assicurazioni prevede che il risarcimento diretto si applichi nel caso di scontro fra veicoli assicurati per la responsabilità civile obbligatoria. In questo caso i danneggiati devono chiedere il risarcimento del danno alla impresa assicuratrice del veicolo danneggiato. Pertanto, il danneggiato in questione è sottoposto a due obblighi: 1) contrarre una polizza assicurativa; 2) chiedere il risarcimento del danno alla medesima compagnia. Non c’è scelta. Il Consiglio di Stato, giustificando lo schema di regolamento nel punto in cui esclude fra i danni accessori le spese legali, definisce tale limitazione dei diritti una “restrizione consapevole e liberamente accettata dal danneggiato che intende utilizzare questo meccanismo risarcitorio”.

Se ci si fermasse qui nella lettura del parere, sembrerebbe che il danneggiato possa autonomamente e liberamente scegliere se attivare la procedura di risarcimento diretto oppure chiedere il risarcimento secondo i meccanismi ordinari, ovvero quelli previsti dall'art.144, alla compagnia del civile responsabile. Invece no. Infatti, secondo il Consiglio di Stato la libertà del danneggiato consisterebbe solo nell'accettare o meno l'offerta (restrittiva) dalla propria compagnia e, in caso negativo (ovvero, di non accettazione), di poterla convenire in giudizio. Secondo il Supremo Giudice tale meccanismo semplificato (?) rientrerebbe nell'area dell'autonomia negoziale (??) delle parti che stipulano il contratto d'assicurazione. In sostanza il danneggiato che è

**obbligato**

a stipulare una polizza assicurativa, che è

**obbligato**

ad accettare le Condizioni Generali di Assicurazione e che, quindi, è poi

**obbligato**

ad accettare un risarcimento senza potersi far assistere da un professionista se non a proprie spese, avrebbe autonomia negoziale? E in cosa consisterebbe questa autonomia? Il danneggiato (che, rammentiamolo, è una vittima di un sinistro che ha subito un danno ingiusto in conseguenza di un fatto illecito) può forse negoziare al momento della stipula della polizza se accettare o meno la procedura di risarcimento diretto? No, perché la legge lo obbliga in tal senso. Può negoziare con la propria compagnia quanto deve essere risarcito a proprio favore? No, perché ci sono dei

*baremés*

per il grado di responsabilità e non può avvalersi di un

professionista che contratti per lui se non a proprie spese. Può ottenere senza ricorrere al giudice l'integrale risarcimento, ivi incluse le sacro sante spese legali? No, la legge lo vieta. La facoltà di ricorrere alla giustizia ordinaria non può ritenersi una "autonomia negoziale" ma solo un diritto costituzionalmente garantito. La vera autonomia negoziale ci sarebbe stata solo se il meccanismo del risarcimento diretto fosse stato facoltativo ovvero se il danneggiato, consapevolmente al momento del sinistro e ad ogni sinistro, avesse potuto realmente scegliere se attivare o meno la procedura ex art. 149 oppure attivare la procedura (stragiudiziale) ex art. 148. Così come è prevista nello schema di regolamento è solo una imposizione restrittiva che nulla ha di negoziale.

## **I benefici derivanti agli assicurati dal risarcimento diretto.**

Finalmente, il **Consiglio di Stato** su un punto è chiaro: lo schema di regolamento, così com'è non prevede specificatamente quei benefici per gli assicurati che giustificano tali restrizioni dei loro diritti. Anche qui, però, non si comprende se tale censura sia limitata al caso di risarcimento in forma specifica o nella sua integralità al meccanismo del risarcimento diretto. Poiché tali benefici, che dovevano essere

**espressamente indicati**

, come previsto

**dall'art. 150 lettera e**

) del Codice delle Assicurazioni, non sono stati precisati nello

schema di regolamento se non in modo alquanto generico, non possiamo se non ritenere che il Consiglio di Stato si riferisse al **meccanismo del risarcimento diretto nella sua integrità**

. Non possiamo, infatti, credere che i benefici (che altro non sono se non una riduzione dei premi) per gli assicurati debbano esservi solo in caso di risarcimento del danno in forma specifica previsto contrattualmente. Naturalmente viene, comunque, da chiedersi se per gli assicurati una presunta riduzione di premio in cambio di un restrittivo (ovvero minore e non integrale) risarcimento corrisponda realmente ad un beneficio. Anche se, rammentiamolo, la Legge Delega non parlava di benefici ma bensì di tutela, che è cosa ben diversa. E prevedere per legge una soglia di riduzione del prezzo, così come consigliato dal Consiglio di Stato, rispetta la direttiva comunitaria 92/49/CEE denominata “Libertà Tariffaria ed abolizione dei controlli preventivi e sistematici sulle tariffe e sui contratti”? Pare assurdo che sia lo stesso Consiglio di Stato suggerire un sistema di controllo preventivo dei premi da parte dello Stato. Si deve fare, infine, un'altra considerazione. Il risarcimento in forma specifica (ovvero, la riparazione del danno al veicolo ad opera di carrozzerie convenzionate con la stessa compagnia assicuratrice), previsto dall'art. 14 dello schema di regolamento, altro non si ridurrà se non ad una

### **limitazione della concorrenza**

fra auto riparatori. Infatti, in questo modo i carrozzieri che vorranno continuare a restare sul mercato dovranno necessariamente accettare i costi imposti dalle compagnie assicuratrici, in barba alla legge della domanda-offerta e a tutte le norme dell'antitrust. In sostanza, ciò che è uscito dalla porta (ovvero l'accordo ANIA-CARROZZIERI) rientra oggi dalla

finestra. A discapito, oltretutto, della sicurezza stradale. Infatti, sarà naturale che i carrozzieri, per restare nei costi imposti, dovranno necessariamente “risparmiare” a propria volta sui costi di riparazione. Alla lunga il beneficio sarà solo per le compagnie a danno degli utenti stessi.

**COMMENTO DI FERNANDO:** Non ho niente da aggiungere al chiarissimo parere del collega Avv. Fabio Quadri che condivido in toto. Le lobbies delle Assicurazioni continuano ancora a dettare leggi per la tutela dei propri interessi a danno degli assicurati. In bocca al lupo Italia!