

RC rischi diversi

Ancora sull'importanza di aggiornare le garanzie assicurative quando si modifica una legge.

Una recente sentenza della Cassazione (n. 22608 del 26 ottobre 2009) ancora una volta mette in risalto come, per gli infortuni dei dipendenti sul lavoro, prima della riforma del 2000 l'assicurazione non copriva, e resta valido per tutto il contenzioso ancora in corso, neppure il danno biologico (oltre a quello morale) se non era stato espressamente previsto.

Si parla della "vecchia clausola" che recitava "ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti dai prestatori di lavoro da lui dipendenti", senza prevedere le maggiori pretese dell'infortunato.

Vero: oggi tutti i testi sono stati aggiornati, ma a quanto pare c'è ancora chi riceve brutte sorprese per una espressione di polizza (poi tranquillamente modificata dalle Compagnie) che non metteva al riparo da possibili variazioni alle norme della legge (o della giurisprudenza).

Probabilmente oggi è tutto a posto, anche se occorre considerare tutte le modifiche fatte dalle normative sul lavoro (quasi tutti gli stampati anche odierni riportano, ad esempio, ancora i riferimenti alle "vecchie" 626 e 494, lavoratori interinali – oggi somministrati – ecc.).

Forse, lo stampato diramato dall'ANIA nel dicembre 2004 risolveva la maggior parte di questi possibili problemi, ma, a quanto mi risulta, non sono molte Compagnie ad utilizzarlo.

Cassazione Civile, Sezione III, sentenza n. 22608 del 26 ottobre 2009

Svolgimento del processo

Con atto di citazione notificato il settembre 1998 XX conveniva in giudizio la s.p.a. YY con la, quale esso aveva stipulato una polizza, asseritamente comprensiva anche del danno biologico per la r.c. per i danni verso i terzi e verso i prestatori di lavoro dell'impresa - per sentirla dichiarare tenuta a tenerlo indenne da ogni pregiudizio economico derivante da infortuni dei propri dipendenti e conseguentemente dichiararla tenuta a risarcire ad esso XX anche il danno derivante dall'infortunio sul lavoro avvenuto in data 19 dicembre 1989. del proprio dipendente AA per tutte le somme che a seguito del ricorso 9 ottobre 1997 avanti alla Pretura del Lavoro, esso XX fosse risultato tenuto a pagare da parte del in conseguenza dell'evento predetto.

Costituendosi, la convenuta società, dopo avere denunciato da parte del XX la violazione dell'obbligo di gestione della lite di cui all'art 20 delle condizioni della polizza, nonché l'omessa denuncia (ex art 1915 c.c) del sinistro di cui agli art. 7 e 19 della polizza assumeva che, comunque, all'epoca del sinistro, la garanzia assicurativa (stipulata per la durata di anni 10, con decorrenza marzo 1988, era sospesa stante la mancata comunicazione ad essa Compagnia, da parte dell'assicurato, dei dati variabili necessari ad effettuare la regolazione differita del premio, tanto che essa società, con RR 10 aprile 1990, aveva comunicato alla impresa XX la sospensione della garanzia; negava infine che con il contratto assicurativo in esame avesse garantito "qualsiasi rischio", essendo invece la garanzia per gli infortuni operante solo per la causali di danno letteralmente previste in polizza, e, dunque con esclusione della voce del "danno biologico".

Con sentenza pubblicata il 3 giugno 2004 il Tribunale di Alessandria, ritenute che l'eccezione ex art 1915 ex. non potesse essere accolta mancando la prova del dolo nell'omessa tempestiva comunicazione da parte del XX, che la eccezione di "sospensione della polizza" - per non avere il XX tempestivamente comunicato i dati necessari alla determinazione della quota variabile del premio - fosse infondata per non avere la s.p.a YY mai fissato, ai sensi dell'art 18 della polizza, un ulteriore e specifico termine per effettuare tale comunicazione; che, ugualmente, la terza eccezione formulata dalla Compagnia era infondata poiché ai sensi di polizza il danno biologico subito dai dipendenti dell'imprenditore assicurato era da ritenere incluso nella copertura assicurativa; tutto ciò considerato e ritenuto, dichiarava che XX aveva il diritto di essere tenuto indenne di quanto io stesso fosse risultato tenuto a pagare a titolo di risarcimento danni per gli infortuni sofferti dai prestatori di lavoro da lui dipendenti e segnatamente per danno biologico

sofferto dal Giacobone; condannava quindi la YY S.p.a, a rimborsare alla controparte le spese processuali.

Con sentenza dell'11 marzo 2005 la Corte d' Appello di Torino, in accoglimento dell'appello proposto dalla YY s.p.a, respingeva la domanda proposta da XX e compensava le spese di ambedue i gradi.

Propone ricorso per Cassazione XX con due motivi.

Resiste con controricorso YY s.p.a. che ha anche proposto ricorso incidentale condizionato con tre motivi.

Le parti hanno depositato memoria ai sensi dell'art. 378 c.p.c.

Motivi della decisione

I ricorsi vanno riuniti ai sensi dell'art. 33 c.p.c. in quanto relativi alla stessa sentenza.

Con il primo motivo del ricorso principale si denuncia la violazione e falsa applicazione degli artt. 1362, 1363 e 1366 nella interpretazione delle clausole contrattuali concernenti la responsabilità civile del datore di lavoro: nella specie, secondo la sentenza impugnata, la polizza sottoscritta dalle parti avrebbe limitato la garanzia al solo danno patrimoniale patito dal lavoratore a seguito di infortunio, con esclusione del danno biologico, in conformità a quanto stabilito da alcune sentenze interpretative della Corte Costituzionale. In realtà, dal tenore letterale della polizza, non emergerebbe alcuna limitazione essendo precisato che la garanzia era prevista per "qualunque danno" subito dal prestatore di lavoro.

Con il secondo motivo si denuncia la omessa e insufficiente motivazione in ordine a un punto decisivo della controversia in relazione alla stessa questione e cioè alla esclusione dalla garanzia assicurativa del danno biologico.

I due motivi possono essere trattati congiuntamente perchè connessi.

La sentenza impugnata dà espressamente atto che il testo letterale della polizza prevedeva due distinte ed autonome garanzie: la prima per la responsabilità civile verso terzi, per la quale la compagnia assicuratrice risultava tenuta a tenere indenne l'assicurato di quanto questi fosse tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per danni cagionati a terzi per morte o lesioni, la seconda per la quale l'assicuratore si obbligava a tenere indenne l'assicurato, quale civilmente responsabile, "ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 per gli infortuni sofferti dai prestatori di lavoro da lui dipendenti".

Questa Corte ha più volte affermato il principio che, la copertura assicurativa prevista dall'attuale sistema di assicurazione sociale contro infortuni sul lavoro e le malattie professionali, pur non avendo ad oggetto il danno patrimoniale in senso stretto, non è, peraltro, riferibile né al danno biologico né a quello morale, essendo le indennità previste dal citato D.P.R. 1124/1965 collegate e commisurate esclusivamente ai riflessi che la menomazione psicofisica ha sull'attitudine al lavoro dell'assicurato e non assumendo alcun rilievo gli svantaggi, le privazioni e gli ostacoli che la menomazione stessa comporta con riferimento agli altri ambiti ed alle altre modalità di espressione della personalità del danneggiato nella vita di relazione, tra cui la stessa capacità di lavoro generico (Cass, 29 settembre 2005 n. 19150; Cass. 29 gennaio 2002 n. 1114).

Gli stessi principi erano stati in precedenza affermati dalla Corte Costituzionale (sentenze n. 87, 356 e 495 del 1991) e quindi soltanto con la novella legislativa introdotta con D. Lg. n. 23 febbraio 2000 n. 38 la copertura assicurativa obbligatoria fu estesa anche al cosiddetto danno biologico, che sino a quel momento era stato escluso.

Appare quindi ineccepibile la valutazione operata dalla Corte d'Appello, nel senso che la polizza assicurativa, in quanto riferita alla stessa copertura prevista dalla legge sugli infortuni sul lavoro e sulle malattie professionali, non comprendeva quanto il datore di lavoro aveva pagato a titolo di danno biologico, poiché all'epoca (e quindi prima della introduzione della nuova disciplina prevista dal D. Lg. n. 38/2000) tale rischio non era previsto dalla normativa richiamata.

Restano assorbiti i tre motivi, proposti con ricorso incidentale condizionato, mediante i quali la YY ha denunciato la violazione e la falsa applicazione di legge in relazione agli artt. 115 c.p.c. e 2697 c.c., in quanto era stato provato con documenti che il datore di lavoro aveva omesso di denunciare per iscritto il sinistro come stabilito dalla polizza; l'omessa, insufficiente e contraddittoria motivazione in relazione agli artt. 1913, 1362, 1363 e 1365 c.c. per avere il XX omesso di osservare

le disposizioni di legge e di contratto per la denuncia del sinistro nel termine di tre giorni da eseguire mediante forma scritta; l'omessa, insufficiente e contraddittoria motivazione in relazione ad un punto decisivo della controversia, poiché la Corte d'Appello aveva disatteso la questione della sospensione della polizza non avendo l'assicurato provveduto al pagamento nei termini dei premi spettanti all'assicuratore.

Al rigetto del ricorso principale segue la condanna del ricorrente al pagamento delle spese del presente giudizio di cassazione, liquidate come in dispositivo.

P.Q.M.

La Corte Suprema di Cassazione, Terza Sezione Civile, riunisce i ricorsi: rigetta il ricorso principale e dichiara assorbito il ricorso incidentale condizionato; condanna il ricorrente principale al pagamento delle spese del presente giudizio di cassazione, che liquida in complessivi € 3.200, di cui € 3.000 per onorari, oltre spese generali ed accessori come per legge.

Così deciso in Roma, il 29 settembre 2009.

www.assineb.net