A.N.E.I.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE ESPERTI INFORTUNISTICA STRADALE

Patrocinatori stragiudiziali

NOTIZIARIO INFORTUNISTICA STRADALE

ANNO XX
GENNAIO | FEBBRAIO | MARZO | APRILE

n° 1-2-3-4 | 2012

Presidente Onorario: Dott. Lodovico Molinari | molinari@aneis.it · *Direttore responsabile:* Cav. LUIGI CIPRIANO | Presidente A.N.E.I.S. | cipriano@aneis.it
Direzione e Redazione: Presidenza A.N.E.I.S. | Calle del Gambero n. 11 | 30174 MESTRE | Tel. 041 958120 | Fax 041 952175 | E-mail: aneis@aneis.it | Sito web: www.aneis.it
Aut. Trib. PD N°1313 del 12/12/1991 · A.N.E.I.S. C.F. 92051900287 | Banca: IBAN IT73N0503502000024570211463 | Posta: c/c 16781353
Stampa Tipografia: GRAFICHE CARRER | Mestre · *Le opinioni espresse negli articoli pubblicati, impegnano esclusivamente gli autori. La redazione declina ogni responsabilità in merito*

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA GENERALE ORDINARIA E STRAORDINARIA

per l'elezione del

CONSIGLIO DIRETTIVO COLLEGIO SINDACALE A.N.E.I.S. triennio 2012-2015

È indetta, come previsto dalle norme statutarie, l'assemblea generale ordinaria e straordinaria in prima convocazione il giorno giovedì 21 giugno 2012 alle ore 23,30 presso la sede legale dell'Associazione, e in **seconda convocazione con il medesimo O.d.G. per**

Venerdì 22 giugno 2012 – ore 15.00

presso il

Conference Center "GRAND HOTEL SHERATON" di Padova

tel. 049 8998299

(ubicato proprio all'uscita del casello autostradale di Padova Est)

ORDINE DEL GIORNO

1) Apertura dei lavori con saluto del Presidente, sua relazione.
2) Saluto del Segretario Nazionale.
3) Relazione del Presidente Collegio Sindacale, approvazione del bilancio consuntivo 2011 e preventivo 2012.
4) Relazione del Presidente di CNA Professioni sull'iter del DL sulla regolamentazione delle professioni non ordinistiche.
5) Modifiche allo statuto: illustrazione, discussione, approvazione e verbalizzazione notarile.
6) Illustrazione delle operazioni di voto.
7) Presentazione all'Assemblea dei candidati Consiglieri e Revisori.
8) Operazioni di voto – termine ultimo per riconsegna schede ore 18.30 – seguirà lo spoglio.
9) Discussione sulle modifiche recentemente apportate al CdA per contrasto alle truffe.
10) Questions time – domande e varie.

Il risultato delle votazioni sarà comunicato ai presenti appena ultimate le operazioni di spoglio.

Al termine dell'Assemblea sarà offerto ai presenti un "aperitivo con snacks", e alle 20,30 circa seguirà l'annuale cena cui potranno partecipare anche gli eventuali ospiti presenti.

Per ovvi motivi organizzativi, è indispensabile confermare la partecipazione all'Assemblea alla cena inviando a mezzo fax con sollecitudine l'accluso modulo debitamente completato e firmato.

Cordiali saluti

Il Segretario Nazionale
Dott. Giovanni Polato

Il Presidente
Cav. Luigi Cipriano

A.N.E.I.S.

DA COMPILARE IN STAMPATELLO
IN TUTTE LE PARTI
e inviare all'ANEIS esclusivamente a mezzo fax
al numero **041 952175** *entro*
e non oltre il **10 giugno 2012**

SCHEDA CANDIDATURA

Triennio 2012/2015 – Elezioni 22 giugno 2012

Il sottoscritto

_____

Cognome Nome

Socio ANEIS _____ tessera n. _____ in regola con il versamento della quota sociale 2012 e avente studio a

_____

Città Via

_____

Telefono Cellulare Fax E-mail

Propone la propria candidatura a

CONSIGLIERE A.N.E.I.S. ☐

Si impegna sin da ora ad adoperarsi per il perseguimento degli scopi sociali, favorendo l'associazionismo, per una sempre maggiore rappresentatività dell'A.N.E.I.S. sul territorio nazionale, per la crescita professionale di tutti gli iscritti nonché per il riconoscimento ufficiale della professione di "patrocinatore stragiudiziale" a vantaggio di tutta la categoria. L'eventuale elezione a Consigliere non darà diritto a compenso alcuno se non al riconoscimento del rimborso delle spese di viaggio (limitatamente al costo del biglietto aereo o di treno) per recarsi da un luogo all'altro in occasione di manifestazioni di interesse generale la cui partecipazione è approvata dal C.D.

In fede _____

CANDIDATURA ALTERNATIVA E/O AGGIUNTIVA

Il sottoscritto si dichiara disponibile ad accettare l'incarico

di Membro della COMMISSIONE SOCI ☐

e/o

di COORDINATORE REGIONALE ☐

per la regione _____

Impegnandosi a svolgere con attenzione e professionalità tutte quelle attività previste dal regolamento e dallo statuto ANEIS, il tutto senza pretendere compenso alcuno.

In fede _____

Le candidature pervenute dopo la data del 10 giugno 2012 non saranno prese in considerazione

SPECIALE ELEZIONI A.N.E.I.S.
TRIENNIO 2012-2015

Elezione del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti con nomina dei Consiglieri e Coordinatori Regionali

Il 22 giugno 2012 a Padova si terrà l'assemblea ordinaria e straordinaria dell'ANEIS. Previste alcune modifiche allo Statuto dell'Associazione per adeguarlo ai tempi e alle norme vigenti e a quelle in fase di approvazione, che finalmente consentiranno il riconoscimento ufficiale della professione di PATROCINATORE STRAGIUDIZIALE e nello stesso tempo permetteranno ai professionisti del settore di ottenere la CERTIFICAZIONE PROFESSIONALE da parte di un Ente terzo.

Nella stessa occasione l'Assemblea Straordinaria eleggerà il nuovo Consiglio Direttivo dell'ANEIS nonché il Collegio dei Revisori dei conti, essendo concluso il mandato triennale per gli Organi attualmente in carica.

Il Consiglio Direttivo è eletto dall'Assemblea Generale degli associati ed è composto di 9 (nove) membri.

Il Collegio dei Revisori dei Conti è eletto dall'Assemblea Generale in osservanza dei criteri previsti dalle norme del c.c.

La Commissione Soci è nominata dal Consiglio Direttivo ed è composta di 3 (tre) membri effettivi e 2 (due) supplenti.
I Coordinatori Regionali sono nominati dal Consiglio Direttivo nel numero di 1 (uno) per ogni regione d'Italia.

I Membri del Consiglio Direttivo, i Revisori dei Conti, i Membri della Commissione Soci e i Coordinatori
Regionali rimangono in carica per un triennio e sono rieleggibili.

Nella prima riunione il Consiglio Direttivo neoeletto nomina nel suo seno il Presidente ed il Vice Presidente.

Commissari e i Coordinatori Regionali vengono nominati dal Consiglio Direttivo nella prima riunione utile, scegliendo tra i Soci Ordinari dell'Associazione che si sono proposti per tale incarico.

L'elezione a Consigliere dell'ANEIS nonché la nomina a Commissario o Coordinatore non da diritto a compenso alcuno, ma solo ad un rimborso delle spese vive per viaggi o altro che il medesimo dovesse affrontare per partecipare a manifestazioni, eventi, svolgere incarichi vari su richiesta del Consiglio Direttivo o del Presidente. Ne consegue che il Consigliere, così come i Commissarie e i Coordinatori, devono essere sempre disponibil a sacrificare il proprio tempo ed il proprio lavoro a vantaggio esclusivo dell'Associazione e della categoria. I compiti istituzionali dei Consiglieri, DEI Commissari e dei Coordinatori sono indicati nel Regolamento dell'Associazione. Incarichi speciali possono essere specificatamente assegnati dal Consiglio Direttivo in carica.

Tutti i Soci Ordinari in regola con le quote associative possono presentare la propria candidatura per l'elezione a Consigliere o possono dichiararsi disponibili ad accettare l'incarico di Commissario o Coordinatore. E' necessario, in tal caso, far pervenire alla attuale Presidenza entro e non oltre il 10 giugno 2012 il modulo il modulo di cui alla pagina a lato, regolarmente compilato e firmato e accompagnato dalla fotocopia di un proprio documento d'identità in corso di validità. ■

La scheda di candidatura in pagina 2 dovrà pervenire entro e non oltre il 10 giugno 2012 per consentire la predisposizione delle schede con i nomi prestampati dei candidati consiglieri

ESAMI DI CERTIFICAZIONE
PER PATROCINATORI STRAGIUDIZIALI

9 luglio 2012
Camera di Commercio di Padova

L'ANEIS organizza anche quest'anno per i propri associati una sessione di esami di certificazione per PATROCINATORI STRAGIUDIZIALI - ESPERTI DI INFORTUNISTICA.

Per partecipare agli esami è necessario essere in possesso dei requisiti previsti dall'Ente di Certificazione FAC e riportati sulla scheda **SK16** che si trova sul sito **www.aneis.it** alla sezione **"Attività"** alla categoria **"Formazione professionale"** e quindi alla voce **"Certificazione di Qualità"**, inoltrare la richiesta di ammissione MO03 scaricabile dal sito ANEIS allegando alla stessa tutta la documentazione prevista.

Particolare attenzione dovrà essere rivolta alla compilazione del *curriculum vitae* soprattutto nell'indicare e documentare le esperienze specifiche acquisite nel corso della attività professionale svolta negli anni precedenti.

L'esame ha lo scopo di accertare il possesso da parte del Candidato delle conoscenze tecniche e metodologiche necessarie a svolgere con competenza la professione di Patrocinatore Stragiudiziale rilasciando, a esame superato, la relativa Certificazione. Tutto ciò al fine di tutelare i clienti, come previsto dal Disegno di Legge di riforma delle Professioni non Ordinistiche, recentemente approvato dalla Camera dei Deputati e ora al vaglio del Senato (AS. n. 3270), e conseguentemente i professionisti preparati ed aggiornati dall'assalto di "improvvisatori" sedicenti esperti della materia.
Con la Legge sulle Professioni non Ordinistiche e la Norma UNI in fase di prossima pubblicazione, la professione del PATROCINATORE STRAGIUDIZIALE, per il cui riconoscimento l'ANEIS si batte da oltre vent'anni, diverrà una realtà, coronando così il sogno del grande Maestro, Decano della professione e Socio Fondatore dell'ANEIS prof. dott. Lodovico Molinari.

Molti i requisiti di conoscenza, abilità e competenza che il Patrocinare Stragiudiziale deve possedere, a titolo esemplificativo eccone alcuni.
- conoscenza delle normative inerenti i veicoli e gli eventi connessi alla circolazione stradale,
- conoscenza dei mezzi di trasporto terrestri e i natanti soggetti alla legge sull'assicurazione obbligatoria,
- conoscenza delle nozioni base di matematica e fisica per l'individuazione delle cause di un sinistro,
- conoscenza delle nozioni base della medicina generale, con particolare riguardo alla medicina legale,
- conoscenza delle voci componenti il danno patrimoniale e non patrimoniale in tutte le sue sfacettature,
- conoscenza di elementi di diritto civile, di diritto e procedura civile e penale,
- conoscenza del Codice della Strada,
- conoscenza del Codice delle Assicurazioni,
- conoscenza della Legge sulla Mediazione,
- conoscenza della più significativa giurisprudenza di Merito e di Legittimità relativa al risarcimento dei danni,
- deve saper valutare i fatti, analizzare le informazioni, scegliere la soluzione migliore per il caso in esame,
- deve saper condurre una trattativa al fine di raggiungere un componimento stragiudiziale della pratica,
- deve saper sviluppare nuove idee e individuare soluzioni logiche e sostenibili,
- deve saper essere concreto oggettivo e soprattutto deve saper consigliare il cliente informandolo dei risultati raggiunti, delle possibilità future, dei tempi nonché delle spese da affrontare.

Le domande di partecipazione dovranno pervenire improrogabilmente entro e non oltre il 31 maggio 2012.

Per ulteriori informazioni telefonare a:
- Segreteria Nazionale ANEIS (dr. Giovanni Polato, tel. 0429 783422 – e-mail: polato@aneis.it)
- Presidenza ANEIS (cav. Luigi Cipriano, tel. 041 958120 – e-mail: cipriano@aneis.it)

VERSO IL RICONOSCIMENTO DELLA PROFESSIONE

Molte le professioni non regolamentate che da tempo forniscono prestazioni di servizi o di opere a favore di terzi, prevalentemente mediante lavoro intellettuale. Tra queste anche la professione del Patrocinatore Stragiudiziale o Esperto o Consulente di Infortunistica. Il progetto di legge recentemente approvato dalla Camera, e ora al vaglio del Senato, regolamenterà, seppure su base volontaria, le professioni non ordinistiche e consentirà all'utenza di capire qual'è la persona con determinate capacità, preparato e aggiornato, cui rivolgersi con fiducia e quale non lo è.
Il professionista potrà richiedere di essere "certificato" da un Organismo di Certificazione secondo le Norme tecniche che l'UNI emanerà per ogni singola professione e la norma relativa alla professione del "Patrocinatore Stragiudiziale" sviluppata dal presidente dell'ANEIS Luigi Cipriano e ora davvero in dirittura d'arrivo. Finalmente un riconoscimento ufficiale.

Camera dei deputati

PROPOSTA DI LEGGE N. 1934

TESTO DEL PROGETTO DI LEGGE APPROVATO DALLA CAMERA DEI DEPUTATI IL 17 APRILE 2012

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROFESSIONI NON ORGANIZZATE IN ORDINI O COLLEGI

Art. 1
(Oggetto e definizioni)

1. La presente legge, in attuazione dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione e nel rispetto dei princìpi dell'Unione europea in materia di concorrenza e di libertà di circolazione, disciplina le professioni non organizzate in ordini o collegi.

2. Ai fini della presente legge, **per «professione non organizzata in ordini o collegi», di seguito denominata «professione», si intende l'attività economica, anche organizzata, volta alla prestazione di servizi o di opere a favore di terzi, esercitata abitualmente e prevalentemente mediante lavoro intellettuale, o comunque con il concorso di questo**, con esclusione delle attività riservate per legge a soggetti iscritti in albi o elenchi ai sensi dell'articolo 2229 del codice civile, e delle attività e dei mestieri artigianali, commerciali e di pubblico esercizio disciplinati da specifiche normative.

3. L'esercizio della professione è libero e fondato sull'autonomia, sulle competenze e sull'indipendenza di giudizio intellettuale e tecnica, nel rispetto dei princìpi di buona fede, dell'affidamento del pubblico e della clientela, della correttezza, dell'ampliamento e della specializzazione dell'offerta dei servizi, della responsabilità del professionista.

4. La professione è esercitata in forma individuale, in forma associata, societaria, cooperativa o nella forma del lavoro dipendente. Nell'ipotesi di lavoro dipendente i contratti di lavoro collettivi e individuali contengono apposite garanzie per assicurare l'autonomia e l'indipendenza di giudizio del professionista, nonché l'assenza di conflitti di interessi, anche in caso di rapporto di lavoro a tempo parziale.

Art. 2
(Associazioni professionali)

1. Coloro che esercitano la professione di cui all'articolo 1, comma 2, possono costituire associazioni a carattere professionale di natura privatistica, fondate su base volontaria, senza alcun vincolo di rappresentanza esclusiva, con il fine di valorizzare le competenze degli associati, diffondere tra essi il rispetto di regole deontologiche, agevolando la scelta e la tutela degli utenti nel rispetto delle regole sulla concorrenza.

2. Gli statuti e le clausole associative delle associazioni professionali garantiscono la trasparenza delle attività e degli assetti associativi, la dialettica democratica tra gli associati, l'osservanza dei princìpi deontologici, nonché una struttura organizzativa e tecnico-scientifica adeguata all'effettivo raggiungimento delle finalità dell'associazione.

3. **Le associazioni professionali promuovono, anche attraverso specifiche iniziative, la formazione permanente dei propri iscritti, adottano un codice di condotta ai sensi dell'articolo 27-*bis* del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, vigilano sulla condotta professionale degli associati e stabiliscono le sanzioni disciplinari da irrogare agli associati per le violazioni del medesimo codice.**

4. **Le associazioni promuovono forme di garanzia a tutela dell'utente, tra cui l'attivazione di uno sportello di riferimento per il cittadino consumatore**, presso il quale i committenti delle prestazioni professionali possano rivolgersi in caso di contenzioso con i singoli professionisti, ai sensi dell'articolo 27-*ter* del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, nonché ottenere informazioni relative all'attività professionale in generale e agli standard qualitativi da esse richiesti agli iscritti.

5. Alle associazioni sono vietati l'adozione e l'uso di denominazioni professionali relative a professioni organizzate in ordini o collegi.

6. Ai professionisti di cui all'articolo 1, comma 2, anche se iscritti alle associazioni di cui al presente articolo, non è consentito l'esercizio delle attività professionali riservate dalla legge a specifiche categorie di soggetti, salvo il caso in cui dimostrino il possesso dei requisiti previsti dalla legge e l'iscri-

zione al relativo albo professionale.

7. L'elenco delle associazioni professionali di cui al presente articolo e delle forme aggregative di cui all'articolo 3 che dichiarano, con assunzione di responsabilità dei rispettivi rappresentanti legali, di essere in possesso dei requisiti ivi previsti e di rispettare per quanto applicabili le prescrizioni di cui agli articoli 5, 6 e 7, è pubblicato dal Ministero dello sviluppo economico sul proprio sito *internet*, unitamente agli elementi concernenti le notizie comunicate al Ministero ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della presente legge».
Conseguentemente al comma 1 dell'articolo 11 sostituire le parole: «degli articoli 6, comma 4, e 10» *con le seguenti:* «degli articoli 2, comma 7, 6, comma 4, e 10.

Art. 3
(Forme aggregative delle associazioni)

1. Le associazioni professionali di cui all'articolo 2, mantenendo propria autonomia, possono riunirsi in forme aggregative da esse costituite come associazioni di natura privatistica.

2. Le forme aggregative rappresentano le associazioni aderenti e agiscono in piena indipendenza e imparzialità.

3. Le forme aggregative hanno funzioni di promozione e qualificazione delle attività professionali che rappresentano, nonché di divulgazione delle informazioni e delle conoscenze ad esse connesse e di rappresentanza delle istanze comuni nelle sedi politiche e istituzionali. Su mandato delle singole associazioni, esse possono controllare l'operato delle medesime associazioni, ai fini della verifica del rispetto e della congruità degli standard professionali e qualitativi dell'esercizio dell'attività e dei codici di condotta definiti dalle stesse associazioni.

Art. 4
(Pubblicità delle associazioni professionali)

1. Le associazioni professionali di cui all'articolo 2 e le forme aggregative delle associazioni di cui all'articolo 3 pubblicano nel proprio sito *web* gli elementi informativi che presentano utilità per il consumatore, secondo criteri di trasparenza, correttezza, veridicità. Nei casi in cui autorizzano i propri associati ad utilizzare il riferimento all'iscrizione all'associazione quale marchio o attestato di qualità dei propri servizi, anche ai sensi degli articoli 7 e 8 della presente legge, osservano anche le prescrizioni di cui all'articolo 81 del decreto legislativo 26 marzo 2010, n. 59.

2. Il rappresentante legale dell'associazione professionale o della forma aggregativa garantisce la correttezza delle informazioni fornite nel sito *web*.

Art. 5
(Contenuti degli elementi informativi)

1. Le associazioni professionali assicurano, per le finalità e con le modalità di cui all'articolo 4, comma 1, la piena conoscibilità dei seguenti elementi:
a) atto costitutivo e statuto;
b) precisa identificazione delle attività professionali cui l'associazione si riferisce;
c) composizione degli organismi deliberativi e titolari delle cariche sociali;
d) struttura organizzativa dell'associazione;
e) **eventuali requisiti per la partecipazione all'associazione, con particolare riferimento ai titoli di studio relativi alle attività professionali oggetto dell'associazione, all'eventuale obbligo degli appartenenti di procedere all'aggiornamento professionale costante e alla predisposizione di strumenti idonei ad accertare l'effettivo assolvimento di tale obbligo e all'indicazione della quota da versarsi per il conseguimento degli scopi statutari;**
f) assenza di scopo di lucro.

2. Nei casi di cui all'articolo 4, comma 1, secondo periodo, l'obbligo di garantire la conoscibilità è esteso ai seguenti elementi:
a) il codice di condotta con la previsione di sanzioni graduate in relazione alle violazioni poste in essere e l'organo preposto all'adozione dei provvedimenti disciplinari dotato della necessaria autonomia;
b) l'elenco degli iscritti, aggiornato annualmente;
c) le sedi dell'associazione sul territorio nazionale, in almeno tre regioni;
d) la presenza di una struttura tecnico-scientifica dedicata alla formazione permanente degli associati, in forma diretta o indiretta;
e) l'eventuale possesso di un sistema certificato di qualità dell'associazione conforme alla norma UNI EN ISO 9001 per il settore di competenza;
f) le garanzie attivate a tutela degli utenti, tra cui la presenza, i recapiti e le modalità di accesso allo sportello di cui all'articolo 2, comma 4.

Art. 6
(Autoregolamentazione volontaria)

1. La presente legge promuove l'autoregolamentazione volontaria e la qualificazione dell'attività dei soggetti che esercitano le professioni di cui all'articolo 1, anche indipendentemente dall'adesione degli stessi ad una delle associazioni di cui all'articolo 2.

2. La qualificazione della prestazione professionale si basa sulla conformità della medesima a norme tecniche UNI ISO, UNI EN ISO, UNI EN e UNI, di seguito denominate «normativa tecnica UNI», di cui alla direttiva 98/34/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 giugno 1998, e sulla base delle linee guida CEN 14 del 2010.

3. I requisiti, le competenze, le modalità di esercizio dell'attività e le modalità di comunicazione verso l'utente individuate dalla normativa tecnica UNI costituiscono princìpi e criteri generali che disciplinano l'esercizio auto-regolamentato della singola attività professionale e ne assicurano la qualificazione.

4. Il Ministero dello sviluppo economico promuove l'informazione ai professionisti e agli utenti riguardo all'avvenuta adozione, da parte dei competenti organismi, di una norma tecnica UNI relativa alle attività professionali di cui all'articolo 1.

Art. 7
(Sistema di attestazione)

1. Al fine di tutelare i consumatori e di garantire la trasparenza del mercato dei servizi professionali, le associazioni professionali possono rilasciare ai propri iscritti, previe le necessarie verifiche, sotto la responsabilità del proprio rappresentante legale, un'attestazione relativa:
a) **alla regolare iscrizione** del professionista all'associazione;

b) **ai requisiti necessari** alla partecipazione all'associazione stessa;
c) **agli *standard* qualitativi** e di qualificazione professionale che gli iscritti sono tenuti a rispettare nell'esercizio dell'attività professionale ai fini del mantenimento dell'iscrizione all'associazione;
d) alle garanzie fornite dall'associazione all'utente, tra cui l'attivazione dello sportello di cui all'articolo 2, comma 4;
e) **all'eventuale possesso della polizza assicurativa per la responsabilità professionale stipulata dal professionista;**
f) all'eventuale possesso da parte del professionista iscritto di **una certificazione, rilasciata da un organismo accreditato, relativa alla conformità alla norma tecnica UNI.**

2. Le attestazioni di cui al comma 1 non rappresentano requisito necessario per l'esercizio dell'attività professionale.

Art. 8
(Validità dell'attestazione)

1. **L'attestazione di cui all'articolo 7, comma 1, ha validità pari al periodo per il quale il professionista risulta iscritto all'associazione professionale che la rilascia ed è rinnovata ad ogni rinnovo dell'iscrizione stessa per un corrispondente periodo.** La scadenza dell'attestazione è specificata nell'attestazione stessa.

2. **Il professionista iscritto all'associazione professionale e che ne utilizza l'attestazione ha l'obbligo di informare l'utenza del proprio numero di iscrizione all'associazione.**

Art. 9
(Certificazione di conformità a norme tecniche UNI)

1. Le associazioni professionali di cui all'articolo 2 e le forme aggregative di cui all'articolo 3 **collaborano all'elaborazione della normativa tecnica UNI relativa alle singole attività professionali**, attraverso la partecipazione ai lavori degli specifici organi tecnici o inviando all'ente di normazione i propri contributi nella fase dell'inchiesta pubblica, al fine di garantire la massima consensualità, democraticità e trasparenza. Le medesime associazioni possono promuovere la costituzione di organismi di certificazione della conformità per i settori di competenza, nel rispetto dei requisiti di indipendenza, imparzialità e professionalità previsti per tali organismi dalla normativa vigente e garantiti dall'accreditamento di cui al comma 2.

2. **Gli organismi di certificazione accreditati** dall'organismo unico nazionale di accreditamento ai sensi del regolamento (CE) n. 765/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 luglio 2008, **possono rilasciare**, su richiesta del singolo professionista anche non iscritto ad alcuna associazione, **il certificato di conformità alla norma tecnica UNI definita per la singola professione**.

Art. 10
(Vigilanza e sanzioni)

1. Il Ministero dello sviluppo economico svolge compiti di vigilanza sulla corretta attuazione delle previsioni della presente legge.

2. La pubblicazione di informazioni non veritiere nel sito *web* dell'associazione o il rilascio dell'attestazione di cui all'articolo 7, comma 1, contenente informazioni non veritiere, sono sanzionabili ai sensi dell'articolo 27 del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, e successive modificazioni.

Art. 11
(Clausola di neutralità finanziaria)

1. Dall'attuazione degli articoli 6, comma 4, e 10 non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato. Il Ministero dello sviluppo economico provvede agli adempimenti ivi previsti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

■

IL PROVVEDIMENTO PASSA ORA ALL'ESAME DEL SENATO

Senato della Repubblica

XVI LEGISLATURA

N. 3270

DISEGNO DI LEGGE

approvato dalla Camera dei deputati il 17 aprile 2012, in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge

d'iniziativa dei deputati FRONER, NACCARATO, NARDUCCI, ROSSA, LULLI, BRANDOLINI, FIANO, GARAVINI, GHIZZONI, GNECCHI, GRAZIANO, MARCHIONI, MARTELLA, MIGLIOLI, MOTTA, NANNICINI, RUBINATO, SBROLLINI, SCHIRRU, TIDEI, VICO e ZUNINO (1934); Anna Teresa FORMISANO (2077); BUTTIGLIONE, BARBIERI, BOSI, CAPITANIO SANTOLINI, CATONE, COMPAGNON, OCCHIUTO, RIA, RUGGERI e VOLONTÉ (3131); DELLA VEDOVA e CAZZOLA (3488); QUARTIANI, BRANDOLINI, DI STANISLAO, GNECCHI, LAGANÀ FORTUGNO e SCHIRRU (3917)

(V. Stampati Camera nn. **1934, 2077, 3131, 3488** *e* **3917***)*

Trasmesso dal Presidente della Camera dei deputati alla Presidenza il 19 aprile 2012

Disposizioni in materia di professioni non organizzate in ordini o collegi

Per dovere di informazione, pubblico, questa volta senza commenti, la lettera recentemente pervenutami dall'ufficio Affari Legali del gruppo FONDIARIA – SAI che si ritiene danneggiata dal commento da me apposto in calce ad altra lettera del Gruppo pubblicata alle pagg. 8 e 9 del notiziario di dicembre 2010.

Luigi Cipriano
Direttore responsabile

FIUGGI SAI FONDIARIA

AFFARI LEGALI
Legale Torino

Avv. Andrea Rosco
Corso Galileo, 12
10128 Torino
Tel.: 011/99.67.906
Fax: 011/99.67.814
andrea.rosco@fondiaria-sai.it

Torino, 19 dicembre 2011

Raccomandata A.R.

Spett.le
A.N.E.I.S.
Sede Presidenza
Calle del Gambero, 11
30174 VENEZIA

Alla c.a del Direttore responsabile P.I. Luigi Cipriano

Oggetto: risarcimento danni. Nostro rif.: TO-PRA-2011-0257

Ci è stato recentemente segnalato che nel numero 10-11-12 anno 2010 della Vostra rivista denominata "Notiziario della ASSOCIAZIONE NAZIONALE ESPERTI INFORTUNISTICA STRADALE", in calce alla pagina 9, è comparsa parte di una nota interna dell'Ufficio Affari Legali della scrivente Società - redatta su carta intestata e indirizzata alla nostra Direzione Sinistri - con la quale si deva comunicazione in merito ad una novità normativa.

In particolare, con la predetta nota l'Ufficio Affari Legali provvedeva a segnalare alla Direzione Sinistri che con la legge di conversione (L. n. 122 del 30 luglio 2010) del decreto legge (D.L. n. 78 del 31 maggio 2010) "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica", il legislatore aveva introdotto l'art. 10 bis intitolato "Accertamenti in materia di micro-invalidità conseguenti a incidenti stradali", specificando che la norma in questione intende punire i medici che attestino falsamente lo stato di micro-invalidità da cui deriva il risarcimento del danno a carico di una Compagnia.

Ciò che sconcerta è quanto da Voi posto a commento di quella che è una legittima nota informativa di adeguamento normativo che il servizio legale della scrivente Società ha indirizzato ad un'altra funzione aziendale.

Non sfugge, infatti, che il nostro documento - per altro da Voi illegittimamente pubblicato in quanto non a Voi indirizzato - sia accompagnato da un grande riquadro in cui compare l'offensiva dicitura "COSA FANNO LE COMPAGNIE PER INTIMIDIRE I PROPRI MEDICI FIDUCIARI".

GRUPPO SAI FONDIARIA

Tale Vostro convincimento è il risultato di una Vostra singolare ed apodittica interpretazione, posto che la nostra nota contiene esclusivamente riferimenti alla norma in esame ed una breve esplicazione della medesima, aveva finalità di aggiornamento e non certo di intimidazione nei confronti di chicchessia.

L'avere associato tale Vostro commento al nostro documento informativo, che reca in chiara evidenza il nostro marchio aziendale, configura senza dubbio una grave offesa alla reputazione della nostra Società.

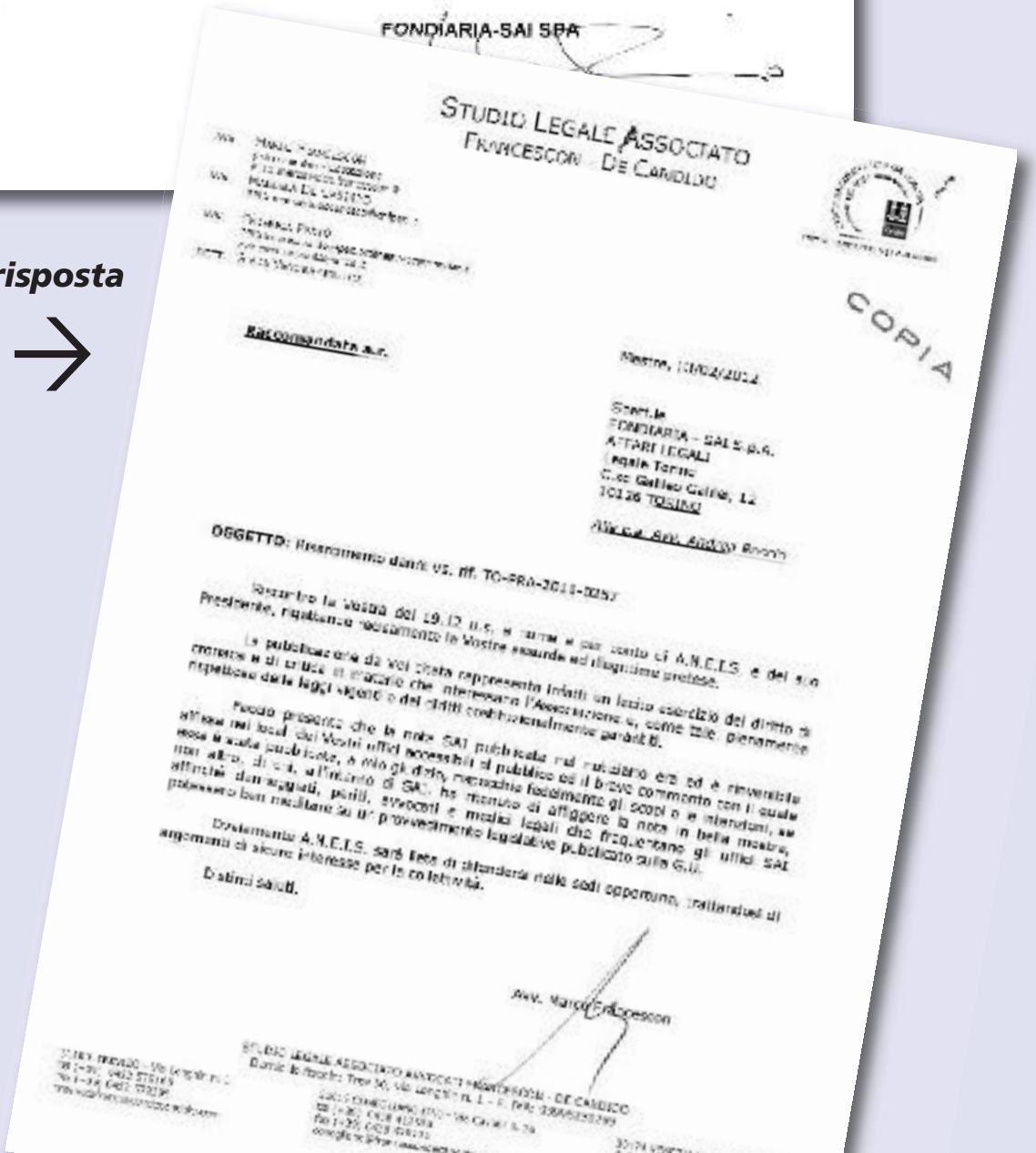
Nel riservarci di agire nei Vostri confronti in ogni sede giudiziaria, con la presente siamo a chiedervi il pagamento della somma di € 100.000,00 a titolo di risarcimento danni e a titolo di riparazione pecuniaria così come espressamente previsto dall'art. 12 della Legge 8 febbraio 1948, n. 47.

Per quanto esposto, con la presente Vi invitiamo e diffidiamo ad effettuare il pagamento in nostro favore della somma di cui sopra entro 15 giorni dal ricevimento della presente, con l'esplicito avvertimento che, in difetto, agiremo in giudizio senza ulteriore preavviso.

Distinti saluti

FONDIARIA-SAI SPA

Questa la risposta



STUDIO LEGALE ASSOCIATO
FRANCESCON - DE CANDIDO

COPIA

Raccomandata a.r.

Mestre, 13/02/2012

Spett.le
FONDIARIA - SAI S.p.A.
AFFARI LEGALI
Sede Torino
C.so Galileo Galilei, 12
10126 TORINO

Alla c.a. Avv. Andrea Rocchi

OGGETTO: Risarcimento danni vs. rif. TO-PRA-2011-0257

Riscontro la Vostra del 19.12 u.s. e, tanto a nome e per conto di A.N.E.I.S. e del suo Presidente, ripetiamo nuovamente le Vostre assurde ed illegittime pretese.

La pubblicazione da voi citata rappresenta infatti un lecito esercizio del diritto di cronaca e di critica di interesse che interessava l'Associazione e, come tale, pienamente rispettoso delle leggi vigenti e dei diritti costituzionalmente garantiti.

Piuttosto preoccupa che la nota SAI pubblicata nel ristorante era ed è rimanendo affissa nei locali dei Vostri uffici accessibili al pubblico ed il breve commento con il quale essa è stata pubblicata, a mio giudizio, riconosce fedelmente gli scopi e le intenzioni, se non altro, di tutti, all'interno di SAI, ha mancato di affiggere la nota in bella mostra, affinché dipendenti, periti, avventori e medici legali che frequentano gli uffici SAI potessero ben meditare su un provvedimento legislativo pubblicato sulla G.U.

Ovviamente A.N.E.I.S. sarà lieta di diffondere nelle sedi opportune, indirizzate di argomenti di sicuro interesse per la collettività.

Distinti saluti.

Avv. Marco Francescon

STUDIO LEGALE ASSOCIATO FRANCESCON - DE CANDIDO
Dante Alighieri Tre 30, via Cavallotti n. 1 - 5, Tel. 0[illegible]
Fax 1-39 041 [illegible]
[illegible]
30174 Venezia-Mestre

ItaliaOggi Quotidiano economico, giuridico e politico

Guerra del contante, i prelievi senza paletti

Nessun vincolo per le operazioni allo sportello

Prelievi e versamenti allo sportello svincolati dal limite dei 1.000 euro. Nella guerra del contante l'Abi, Associazione delle banche italiane, fornisce alle associate l'indicazione del comportamento da tenere di fronte alle richieste dei clienti di prelevamento e versamento del contante. Nella comunicazione inviata, l'Associazione ribadisce che la **disposizione di limitazione del contante**: vieta «il trasferimento di denaro contante o di libretti di deposito bancari o postali al portatore o di titoli al portatore in euro o in valuta estera, effettuato a qualsiasi titolo tra soggetti diversi, quando il valore oggetto di trasferimento, è complessivamente pari o superiore a 1.000 euro».

L'Abi rammenta inoltre che «il **trasferimento** è vietato anche quando è effettuato con più pagamenti inferiori alla soglia che appaiono artificiosamente frazionati. Il trasferimento può tuttavia essere eseguito per il tramite di banche, istituti di moneta elettronica e Poste Italiane S.p.A.».

Insomma la **vigilanza** deve essere fatta non in modo automatico e cavilloso sulla soglia limite dei **1.000 euro**, potendo trasferimenti sotto soglia celare un indice di rischiosità elevato. Poi l'Abi prova a mettere un punto alle diverse interpretazioni date dai singoli istituti, dalle singole filiali e dai singoli dipendenti al divieto di circolazione del contante sopra i mille euro: «Il limite di importo sopra indicato», scrivono alle associate dall'Abi, «avendo a riferimento i soli trasferimenti, non può trovare applicazione ad operazioni di versamento e di prelievo in contanti su conti correnti e libretti di deposito. In altri termini non può opporsi diniego alle predette operazioni di versamento e di prelievo in contanti richieste dal cliente».

L'Abi nel riassumere la normativa ha allegato nel documento inviato ieri alle associate la circolare di novembre del ministero dell'economia che aveva dato le indicazioni in merito alle corrette disposizioni dell'applicazione del contante. Anche ieri comunque i lettori segnalavano interrogatori, domande e ostacoli alla concessione della liquidità richiesta.

Cristina Bartelli

MEF Ministero dell'Economia e delle Finanze

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, DECRETO 12 dicembre 2011
Modifica del saggio di interesse legale. (11A16158)

(GU n. 291 del 15-12-2011)

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'art. 2, comma 185, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante «misure di razionalizzazione della finanza pubblica» che, nel fissare al 5 per cento il saggio degli interessi legali di cui all'art. 1284, primo comma, del codice civile, prevede che il Ministro dell'economia e delle finanze può modificare detta misura sulla base del rendimento medio annuo lordo dei titoli di Stato di durata non superiore a dodici mesi e tenuto conto del tasso di inflazione registrato nell'anno;

Visto il proprio decreto 7 dicembre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 292 del 15 dicembre 2010, con il quale la misura del tasso di interesse legale è stata fissata all'1,5 per cento in ragione d'anno, con decorrenza dal 1° gennaio 2011;

Visto il decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385 (Testo unico delle leggi in materia bancaria e creditizia);

Tenuto conto del rendimento medio annuo lordo dei predetti titoli di Stato e del tasso d'inflazione annuo registrato;

Decreta:

Art. 1

La misura del saggio degli interessi legali di cui all'art. 1284 del codice civile è fissata al 2,5% in ragione d'anno, con decorrenza dal 1° gennaio 2012.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 12 dicembre 2011.

Il Ministro: Monti

DOSSIER

Danno biologico per lesioni di lieve entità e risarcimento

C'è stato un momento, alcuni mesi or sono, in cui tutti i professionisti che operano nel campo dell'infortunistica stradale avevano creduto che, finalmente, il risarcimento diretto fosse arrivato al capolinea e… avviato alla rottamazione.

Non c'è chi non abbia esultato leggendo la relazione illustrativa all'art.35 della "bozza incompleta" del decreto liberalizzazioni predisposto dal Governo il 17 gennaio che testualmente recitava: *"L'articolo proposto sopprime il secondo periodo dell'art. 149 del codice delle assicurazioni private, eliminando la procedura del risarcimento diretto del danno subito dal conducente non responsabile. La disposizione mira a ridurre il premio assicurativo per la responsabilità civile obbligatoria, con vantaggi per l'utenza.*

L'articolo modifica, altresì, talune disposizioni del codice delle assicurazioni private, introducendo il criterio dell'efficienza produttiva e del controllo dei costi nel sistema di risarcimento diretto. L'ultimo comma riduce del 30% l'ammontare del risarcimento per equivalente, qualora questo sia accompagnato da idonea garanzia in relazione alle riparazioni fatte di validità non inferiore a due anni.

Anche tale disposizione, come la precedente, mira a ridurre il premio assicurativo per la responsabilità civile obbligatoria, riduzione conseguente ad un evidente risparmio per le imprese assicuratrici."

Il fatto stesso che Catricalà avesse più volte chiaramente dichiarato che nessun beneficio era derivato ai cittadini dall'introduzione del risarcimento diretto, visto che non aveva favorito la concorrenza tra le assicurazioni né ridotto il costo delle polizze, rendeva credibile la volontà del Governo di porre fine all'esperimento e si pensava di poter nuovamente fornire la necessaria assistenza alle vittime della strada nella ardua trattativa con le imprese di assicurazione al fine di assicurare al danneggiato la piena realizzazione del diritto al risarcimento del danno.

Ma l'intervento della potente Lobby delle Compagnie, ben presente in Parlamento come nei Media (ormai divenuti docili animali di… compagnia) stravolge completamente la "bozza" e, al posto della rottamazione del risarcimento diretto, spunta la modifica all'art.139 del Codice delle Assicurazioni, volta ad insegnare ai Medici Legali come valutare i postumi, come valutare il danno biologico.

Con un infelice lessico giuridico il legislatore prova ancora una volta ad assecondare i desiderata delle Compagnie, creando invero solo grande confusione. Giuristi e Medici Legali sono d'accordo nel dire che l'accertamento e la valutazione del danno spetta sempre e solo al Medico, che il risarcimento è dovuto nella sua totalità a prescindere dall'accertamento strumentale che, d'altra parte, non è l'unico accertamento che fornisce garanzie di obiettività e che l'eventuale negazione del risarcimento è incostituzionale.

Ma nel frattempo i Media hanno già titolato, a caratteri cubitali, "il colpo di frusta non verrà più pagato" e le Compagnie, a fronte di una norma pubblicata in G.U. sabato 24 marzo, già lunedì 26 marzo diffondevano ai propri fiduciari, con una velocità incredibile (Generali B.S. in testa), le *note di indirizzo all'interpretazione* delle novelle norme, negando qualsiasi risarcimento per "tutte le conseguenze di lesioni non strumentalmente accertate".

Che l'ANIA sposasse, dopo di Generali B.S., una simile interpretazione restrittiva era logico pensarlo, ma che l'ISVAP, camuffando il proprio intervento con l'esigenza di fornire al mercato un **chiarimento, facesse proprie le determinazioni dell'ANIA appare incredibile. Addirittura inverosimile il fatto che, nell'aggiornare il Codice della Assicurazioni pubblicato nel sito dell'Istituto, abbia relegato il comma 3-quater in una minuscola nota in calce alla pagina, senza dargli il risalto che merita, quasi a volerlo far passare inosservato per meglio avvalorare il comma 3-ter, sicuramente più interessante dal punto di vista speculativo delle Compagnie. Evviva l'Istituto di Vigilanza!** Che sia il caso di controllare il controllore?

Ovviamente, in un simile contesto, non potava mancare l'interpretazione filo-assicurativa di "Melchiorre Gioia" che bellamente afferma che si è chiusa un'epoca, che *"è arrivato il momento dal punto di vista operativo per i medici legali fiduciari di compagnia dell'applicazione del dettato codicistico con il ricorso alla scrupolosa adozione della corretta metodologia medico legale"* sottintendendo che, fino ad ora, i Medici Legali avessero operato senza scrupoli e scorrettamente. Ma oltre a ciò, in maniera invero imperativa da per scontato che *"…per le lesioni quali la distorsione del rachide cervicale le semplici contusioni di spalla, ginocchio, caviglia o trauma cranico semplice, si addiverrà ad una sostanziale negazione di postumi permanenti, dato che si tratta di lesioni che per letteratura scientifica acclarata guariscono nella stragrande maggioranza dei casi senza esiti…"* e ancora *"…di scarso rilievo saranno l'obiettivazione di contratture muscolari, limitazione dei movimenti della testa su base antalgica…"* stravolgendo le primarie regole della medicina legale, fino a scrivere che *"il successo della legge con il raggiungimento degli obiettivi che si propone passa attraverso il comportamento virtuoso di tutti gli operati del settore. Abbiamo avuto modo, in passato, di sottolineare la staticità di tutto l'ambito medico legale"* **ritenendo dunque poco virtuosi quei Medici che non si atterranno agli attuali diktat e che vorranno invece continuare ad applicare quei principi della scienza medica appresi all'Università e nei successivi lunghi anni di specializzazione**, restando così immobili ed impreparati a *"…cogliere le nuove sfide…"* quali quella di non valutare le lesioni secondo scienza e coscienza medica bensì secondo la logica economica delle Compagnie, logica che sfugge al anneggiato, alla vittima di un sinistro, a chi la lesione l'ha veramente subita, modesta o non modesta che sia.

Luigi Cipriano – Presidente ANEIS

SUPPLEMENTO ORDINARIO N. 53

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23 12 1996, n. 662 Filiale di Roma

Numero 71

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

24 marzo 2012

TESTO COORDINATO
DEL DECRETO-LEGGE 24 gennaio 2012, n. 1

Testo del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1 (in Supplemento ordinario n. 18/L alla Gazzetta Ufficiale - Serie generale - n. 19 del 24 gennaio 2012), coordinato con la legge di conversione 24 marzo 2012, n. 27 (in questo stesso Supplemento ordinario alla pag. 1), recante: «Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività.».

Avvertenza:
Il testo coordinato qui pubblicato è stato redatto dal Ministero della giustizia ai sensi dell'art. 11, comma 1, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura sia delle disposizioni del decreto-legge, integrate con le modifiche apportate dalla legge di conversione. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui riportati. Le modifiche apportate dalla legge di conversione sono stampate con caratteri corsivi.
Tali modifiche sono riportate in video tra i segni ((...)).
A norma dell'art. 15, comma 5, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri), le modifiche apportate dalla legge di conversione hanno efficacia dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione.
Nella Gazzetta Ufficiale del 3 aprile 2012 si procederà alla ripubblicazione del presente testo coordinato, corredato delle relative note.

(omissis)

Art. 28
Assicurazioni connesse all'erogazione di mutui immobiliari ***((e di credito al consumo))***

((1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 183 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e dalle relative disposizioni e delibera dell'ISVAP di attuazione in materia di interesse degli intermediari assicurativi, le banche, gli istituti di credito e gli intermediari finanziari se condizionano l'erogazione del mutuo immobiliare o del credito al consumo alla stipula di un contratto di assicurazione sulla vita sono tenuti a sottoporre al cliente almeno due preventivi di due differenti gruppi assicurativi non riconducibili alle banche, agli istituti di credito e agli intermediari finanziari stessi. Il cliente è comunque libero di scegliere sul mercato la polizza sulla vita più conveniente che la banca è obbligata ad accettare senza variare le condizioni offerte per l'erogazione del mutuo immobiliare o del credito al consumo.

2. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, l'ISVAP definisce i contenuti minimi del contratto di assicurazione di cui al comma 1.

3. All'articolo 21, comma 3-bis, del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, dopo le parole: «alla sottoscrizione di una polizza assicurativa erogata dalla medesima banca, istituto o intermediario» sono aggiunte le seguenti: «ovvero all'apertura di un conto corrente presso la medesima banca, istituto o intermediario».

Art. 29
Efficienza produttiva del risarcimento diretto

1. Nell'ambito del sistema di risarcimento diretto disciplinato dall'art. 150 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n.209, i valori dei costi e delle eventuali franchigie sulla base dei quali vengono definite le compensazioni tra compagnie sono calcolati annualmente secondo un criterio che incentivi l'efficienza produttiva delle compagnie ed in particolare il controllo dei costi dei rimborsi e l'individuazione delle frodi.

▶ ***((1-bis. L'ISVAP definisce il criterio di cui al comma 1 e stabilisce annualmente il limite alle compensazioni dovute.***

2. (soppresso).))

Art. 30
Repressione delle frodi

1. Ciascuna impresa di assicurazione autorizzata ad esercitare il ramo responsabilità civile autoveicoli terrestri di cui all'articolo 2, comma 3, numero 10, del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è tenuta a trasmettere all'ISVAP, ***((pena l'applicazione di una sanzione amministrativa definita dall'ISVAP,))*** con cadenza annuale, una relazione, predisposta secondo un modello stabilito dall'ISVAP stesso con provvedimento da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. La relazione contiene informazioni dettagliate circa il numero dei sinistri per i quali si è ritenuto di svolgere approfondimenti in relazione al rischio di frodi, il numero delle querele o denunce presentate all'autorità giudiziaria, l'esito dei conseguenti procedimenti penali, nonché in ordine alle misure organizzative interne adottate o promosse per contrastare le frodi. Anche sulla base dei predetti elementi

informativi, l'ISVAP esercita i poteri di vigilanza di cui al titolo XIV, capo I, del codice delle assicurazioni private, di cui al citato decreto legislativo n. 209 del 2005, e successive modificazioni, al fine di assicurare l'adeguatezza dell'organizzazione aziendale e dei sistemi di liquidazione dei sinistri rispetto all'obiettivo di contrastare le frodi nel settore.

((1-bis. Il mancato invio della relazione di cui al comma 1 comporta l'irrogazione da parte dell'ISVAP di una sanzione da un minimo di 10.000 ad un massimo di 50.000 euro.))

2. Le imprese di assicurazione autorizzate ad esercitare il ramo responsabilità civile autoveicoli terrestri di cui all'articolo 2, comma 3, numero 10), del codice delle assicurazioni private, di cui al citato decreto legislativo n. 209 del 2005, sono tenute a indicare nella relazione o nella nota integrativa allegata al bilancio annuale e a pubblicare sui propri siti internet o con altra idonea forma di diffusione, una stima circa la riduzione degli oneri per i sinistri derivante dall'accertamento delle frodi, conseguente all'attività di controllo e repressione delle frodi autonomamente svolta.

Art. 31

Contrasto della contraffazione dei contrassegni relativi ai contratti di assicurazione per la responsabilità civile verso i terzi per i danni derivanti dalla circolazione dei veicoli a motore su strada.

1. Al fine di contrastare la contraffazione dei contrassegni relativi ai contratti di assicurazione per la responsabilità civile verso i terzi per danni derivanti dalla circolazione dei veicoli a motore su strada, il Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, sentito l'ISVAP, con regolamento da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto legge, ***((avvalendosi anche dell'Istituto poligrafico e zecca dello Stato (IPZS),))*** definisce le modalità per la progressiva dematerializzazione dei contrassegni, prevedendo la loro sostituzione con sistemi elettronici o telematici, anche in collegamento con banche dati, e prevedendo l'utilizzo, ai fini dei relativi controlli, dei dispositivi o mezzi tecnici di controllo e rilevamento a distanza delle violazioni delle norme del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285. Il regolamento di cui al primo periodo definisce le caratteristiche e i requisiti di tali sistemi e fissa il termine, non superiore a due anni dalla data della sua entrata in vigore, per la conclusione del relativo processo di dematerializzazione.

2. Il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, avvalendosi dei dati forniti gratuitamente dalle compagnie di assicurazione, forma periodicamente un elenco dei veicoli a motore che non risultano coperti dall'assicurazione per la responsabilità civile verso i terzi prevista dall'articolo 122 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 ***((,con esclusione dei periodi di sospensiva dell'assicurazione regolarmente contrattualizzati))***. Il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti comunica ai rispettivi proprietari l'inserimento dei veicoli nell'elenco di cui al primo periodo, informandoli circa le conseguenze previste a loro carico nel caso in cui i veicoli stessi siano posti in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate. ***((Gli iscritti nell'elenco hanno 15 giorni di tempo per regolarizzare la propria posizione. Trascorso il termine di quindici giorni dalla comunicazione, l'elenco di coloro che non hanno regolarizzato la propria posizione viene messo a disposizione delle forze di polizia e delle prefetture competenti in ragione del luogo di residenza del proprietario del veicolo))***. Agli adempimenti di cui al comma 1 e di cui al primo periodo del presente comma si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

((2-bis. Le compagnie di assicurazione rilasciano in ogni caso
attestazione dell'avvenuta stipula del contratto e del pagamento del relativo premio entro i termini stabiliti, e la relativa semplice esibizione da parte del proprietario del veicolo, o di chi altri ne ha interesse, prevale in ogni caso rispetto a quanto accertato o contestato per effetto delle previsioni contenute nei commi 1, 2 e 3.))

3. La violazione dell'obbligo di assicurazione della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli può essere rilevata, dandone informazione agli automobilisti interessati, anche attraverso i dispositivi, le apparecchiature e i mezzi tecnici per il controllo del traffico e per il rilevamento a distanza delle violazioni delle norme di circolazione, approvati o omologati ai sensi dell'articolo 45, comma 6, del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, attraverso i dispositivi e le apparecchiature per il controllo a distanza dell'accesso nelle zone a traffico limitato, nonché attraverso altri sistemi per la registrazione del transito dei veicoli sulle autostrade o sulle strade sottoposte a pedaggio. La violazione deve essere documentata con sistemi fotografici, di ripresa video o analoghi che, nel rispetto delle esigenze correlate alla tutela della riservatezza personale, consentano di accertare, anche in momenti successivi, lo svolgimento dei fatti costituenti illecito amministrativo, nonché i dati di immatricolazione del veicolo ovvero il responsabile della circolazione. Qualora siano utilizzati i dispositivi, le apparecchiature o i mezzi tecnici di cui al presente comma, non vi è l'obbligo di contestazione immediata. Con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, da emanare di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, sentiti l'ISVAP e, per i profili di tutela della riservatezza, il Garante per la protezione dei dati personali, sono definite le caratteristiche dei predetti sistemi di rilevamento a distanza, nell'ambito di quelli di cui al primo periodo, e sono stabilite le modalità di attuazione del presente comma, prevedendo a tal fine anche protocolli d'intesa con i comuni, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Art. 32

Ispezione del veicolo, scatola nera, attestato di rischio, liquidazione dei danni

1. Al comma 1 dell'articolo 132 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Le imprese possono richiedere ai soggetti che presentano proposte per l'assicurazione obbligatoria di sottoporre volontariamente il veicolo ad ispezione, prima della stipula del contratto. Qualora si proceda ad ispezione ai sensi del periodo precedente, le imprese praticano una riduzione rispetto alle tariffe stabilite ai sensi del primo periodo. Nel caso in cui l'assicurato ac-

consenta all'istallazione di meccanismi elettronici che registrano l'attività del veicolo, denominati scatola nera o equivalenti, ***((o ulteriori dispositivi, individuati con decreto del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministero dello sviluppo economico i costi di installazione, disinstallazione, sostituzione, funzionamento e portabilità sono a carico delle compagnie che praticano inoltre una riduzione significativa rispetto alle tariffe stabilite ai sensi del primo periodo, all'atto della stipulazione del contratto o in occasione delle scadenze successive a condizione che risultino rispettati i parametri stabiliti dal contratto».))***

((1-bis. Con regolamento emanato dall'ISVAP, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico e il Garante per la protezione dei dati personali, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sono stabilite le modalità di raccolta, gestione e utilizzo, in particolare ai fini tariffari e della determinazione delle responsabilità in occasione dei sinistri, dei dati raccolti dai meccanismi elettronici di cui al comma 1, nonché le modalità per assicurare l'interoperabilità dei meccanismi elettronici di cui al comma 1 in caso di sottoscrizione da parte dell'assicurato di un contratto di assicurazione con impresa diversa da quella che ha provveduto ad installare tale meccanismo.

1-ter. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, è definito uno standard tecnologico comune hardware e software, per la raccolta, la gestione e l'utilizzo dei dati raccolti dai meccanismi elettronici di cui al comma 1, al quale le imprese di assicurazione dovranno adeguarsi entro due anni dalla sua emanazione.))

2. All'articolo 134 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni: a) al comma 1 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Le indicazioni contenute nell'attestazione sullo stato del rischio devono comprendere la specificazione della tipologia del danno liquidato»; b) dopo il comma 1-bis è inserito il seguente: «1-ter. La consegna dell'attestazione sullo stato del rischio, ai sensi dei commi 1 e 1-bis, nonché ai sensi del regolamento dell'ISVAP di cui al comma 1, è effettuata per via telematica, attraverso l'utilizzo delle banche dati elettroniche di cui al comma 2 del presente articolo o di cui all'articolo 135»; c) al comma 2, le parole: «può prevedere» sono sostituite dalla seguente: «prevede»; d) il comma 4 è sostituito dal seguente: «4. L'attestazione sullo stato del rischio, all'atto della stipulazione di un contratto per il medesimo veicolo al quale si riferisce l'attestato, è acquisita direttamente dall'impresa assicuratrice in via telematica attraverso le banche dati di cui al comma 2 del presente articolo e di cui all'articolo 135».

3. All'articolo 148 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni: a) il comma 1 è sostituito dal seguente: «1. Per i sinistri con soli danni a cose, la richiesta di risarcimento ***((deve 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 non meno di due giorni non festivi, 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 e motivata offerta per il risarcimento, ovvero comunica specificatamente i motivi per i quali non ritiene di fare offerta. Il termine di sessanta giorni è ridotto a trenta quando il modulo di denuncia sia stato sottoscritto dai conducenti coinvolti nel sinistro. Il danneggiato può procedere alla riparazione delle cose danneggiate solo dopo lo spirare del termine indicato al periodo precedente, entro il quale devono essere comunque completate le operazioni di accertamento del danno da parte dell'assicuratore, ovvero dopo il completamento delle medesime operazioni, nel caso in cui esse si siano concluse prima della scadenza del predetto termine. Qualora le cose danneggiate non siano state messe a disposizione per l'ispezione nei termini previsti dal presente articolo, ovvero siano state riparate prima dell'ispezione stessa, l'impresa, ai fini dell'offerta risarcitoria, effettuerà le proprie valutazioni sull'entità del danno solo previa presentazione di fattura che attesti gli interventi riparativi effettuati. Resta comunque fermo il diritto dell'assicurato al risarcimento anche qualora ritenga di non procedere alla riparazione»; b) dopo il comma 2 è inserito il seguente: «2-bis. A fini di prevenzione e contrasto dei fenomeni fraudolenti, ***((l'impresa di assicurazione provvede alla consultazione della banca dati sinistri di cui all'articolo 135 e qualora))*** dal risultato della consultazione, avuto riguardo al codice fiscale dei soggetti coinvolti ovvero ai veicoli danneggiati, emergano almeno due parametri di significatività, come definiti dall'articolo 4 del provvedimento dell'ISVAP n. 2827 del 25 agosto 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 209 del 7 settembre 2010, l'impresa può decidere, entro i termini di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo, di non fare offerta di risarcimento, motivando tale decisione con la necessità di condurre ulteriori approfondimenti in relazione al sinistro. La relativa comunicazione è trasmessa dall'impresa al danneggiato e all'ISVAP, al quale è anche trasmessa la documentazione relativa alle analisi condotte sul sinistro. Entro trenta giorni dalla comunicazione della predetta decisione, l'impresa deve comunicare al danneggiato le sue determinazioni conclusive in merito alla richiesta di risarcimento. All'esito degli approfondimenti condotti ai sensi del primo periodo, l'impresa può non formulare offerta di risarcimento, qualora, entro il termine di cui al terzo periodo, presenti querela, nelle ipotesi in cui è prevista, informandone contestualmente l'assicurato nella comunicazione concernente le determinazioni conclusive in merito alla richiesta di risarcimento di cui al medesimo terzo periodo; in tal caso i termini di cui ai commi 1 e 2 sono sospesi e il termine per la presentazione della querela, di cui all'articolo 124, primo comma, del codice penale, decorre dallo spirare del termine di trenta giorni entro il quale l'impresa comunica al danneggiato le sue determinazioni conclusive. Restano salvi i diritti del danneggiato in merito alla proponibilità dell'azione di risarcimento nei termini previsti dall'articolo 145, nonché il diritto del danneggiato di ottenere l'accesso agli atti nei termini previsti dall'articolo 146, salvo il caso di presentazione di querela o denuncia»; c) il comma 3 è sostituito dal seguente: «3. Il danneggiato, in pendenza dei termini di cui ai commi 1 e 2 e fatto salvo quanto stabilito dal comma 5, non può rifiutare gli accertamenti strettamente necessari alla valutazione del danno alle cose,

nei termini di cui al comma 1, o del danno alla persona, da parte dell'impresa. Qualora ciò accada, i termini per l'offerta risarcitoria o per la comunicazione dei motivi per i quali l'impresa non ritiene di fare offerta sono sospesi».

((3-bis. All'articolo 135 del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, sono apportate le seguenti modifiche: a) alla rubrica, dopo le parole: «Banca dati sinistri» sono aggiunte le seguenti: «e banche dati anagrafe testimoni e anagrafe danneggiati»; b) al comma 1, le parole: «è istituita» sono sostituite dalle seguenti: «sono istituite» e dopo le parole: «ad essi relativi» sono aggiunte le seguenti: «e due banche dati denominate "anagrafe testimoni" e "anagrafe danneggiati"»; c) il comma 3 è sostituito dal seguente: «3. Le procedure di organizzazione e di funzionamento, le modalità e le condizioni di accesso alle banche dati di cui al comma 1, da parte delle pubbliche amministrazioni, dell'autorità giudiziaria, delle forze di polizia, delle imprese di assicurazione e di soggetti terzi, nonché gli obblighi di consultazione delle banche dati da parte delle imprese di assicurazione in fase di liquidazione dei sinistri, sono stabiliti dall'ISVAP, con regolamento, sentiti il Ministero dello sviluppo economico e il Ministero dell'interno, e, per i profili di tutela della riservatezza, il Garante per la protezione dei dati personali».

▶ ***3-ter. Al comma 2 dell'articolo 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto il legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente».***

▶ ***3-quater. Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione.***

3-quinquies. Per le classi di massimo sconto, a parità di condizioni soggettive ed oggettive, ciascuna delle compagnie di assicurazione deve praticare identiche offerte.)).

Art. 33

Sanzioni per frodi nell'attestazione delle invalidità derivanti da incidenti

1. All'articolo 10-bis del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, sono apportate le seguenti modificazioni: a) al comma 1: 1) la parola: «micro-invalidità» è sostituita dalla seguente: «invalidità»; 2) le parole: «di cui al comma 1» sono sostituite dalle seguenti: «di cui ai commi 1 e 3»; b) dopo il comma 2 è inserito il seguente: «2-bis. Ai periti assicurativi che accertano e stimano falsamente danni a cose conseguenti a sinistri stradali da cui derivi il risarcimento a carico della società assicuratrice si applica la disciplina di cui al comma 1, in quanto applicabile»; c) nella rubrica, le parole: «micro-invalidità» sono sostituite dalla seguente: «invalidità».

((1-bis. Al primo comma dell'articolo 642 del codice penale, le parole: «da sei mesi a quattro anni» sono sostituite dalle seguenti: «da uno a cinque anni».)).

Art. 34

Obbligo di confronto delle tariffe r.c. auto

1. Gli intermediari che distribuiscono servizi e prodotti assicurativi del ramo assicurativo di danni derivanti dalla circolazione di veicoli e natanti sono tenuti, prima della sottoscrizione del contratto, a informare il cliente, in modo corretto, trasparente ed esaustivo, sulla tariffa e sulle altre condizioni contrattuali proposte da almeno tre diverse compagnie assicurative non appartenenti a medesimi gruppi, anche avvalendosi delle informazioni obbligatoriamente pubblicate dalle imprese di assicurazione sui propri siti internet.

2. Il contratto stipulato senza la dichiarazione del cliente di aver ricevuto le informazioni di cui al comma 1 è affetto da nullità rilevabile solo a favore dell'assicurato.

((3. Il mancato adempimento dell'obbligo di cui al comma 1 comporta l'irrogazione da parte dell'ISVAP a carico della compagnia che ha conferito il mandato all'agente, che risponde in solido con questa, di una sanzione in una misura pari a quanto stabilito dall'articolo 324 del codice di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

3-bis. L'ISVAP predispone entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto uno standard di modalità operative per l'applicazione delle disposizioni di cui al comma 1.

3-ter. L'ISVAP predispone, con cadenza semestrale, una apposita relazione sull'efficacia delle disposizioni di cui al presente articolo, da pubblicare per via telematica sul proprio sito internet.)).

Art. 34 bis

Disposizioni in materia di contratti di assicurazione dei veicoli

1. All'articolo 133 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, al comma 1, sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «La predetta variazione in diminuzione del premio si applica automaticamente, fatte salve le migliori condizioni, nella misura preventivamente quantificata in rapporto alla classe di appartenenza attribuita alla polizza ed esplicitamente indicata nel contratto. Il mancato rispetto della disposizione ai cui al presente comma comporta l'applicazione, da parte dell'ISVAP, di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 50.000 euro».)).

Art. 34 ter

Certificato di chiusura inchiesta nell'assicurazione obbligatoria per i veicoli a motore

1. Nel capo IV del titolo X del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, dopo l'articolo 150 è aggiunto il seguente: «Art. 150-bis. (Certificato di chiusa inchiesta). - 1. È fatto obbligo alla compagnia di assicurazione di risarcire il danno derivante da furto o incendio di autoveicolo, indipendentemente dalla richiesta del rilascio del certificato di chiusa inchiesta, fatto salvo quanto disposto dal comma 2.

2. Nei procedimenti giudiziari nei quali si procede per il reato di cui all'articolo 642 del codice penale, limitatamente all'ipotesi che il bene assicurato sia un autoveicolo, il risarcimento del danno derivante da furto o incendio dell'autoveicolo stesso è effettuato previo rilascio del certificato di chiusa inchiesta».)).

(omissis)

ART. 139.
(Danno biologico per lesioni di lieve entità)

con le modifiche ed interpretazioni apportate dalla Legge 24 marzo 2012, n.27

1. Il risarcimento del danno biologico per lesioni di lieve entità, derivanti da sinistri conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, è effettuato secondo i criteri e le misure seguenti:
   a) a titolo di danno biologico permanente, è 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 è 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 è pari ad euro seicentosettantaquattro virgola settantotto;
   b) a titolo di danno biologico temporaneo, è 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-ter.** *(art. 32 l. 24.03.12 n. 27)* «In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente».

**** 3-quater.** *(l. 24.03.12 n. 27)* Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e' risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione.

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. …Omissis…

*** Modifiche apportate dalle Legge 24 marzo n.27 - Conversione del D.L. 1 del 24.01 2012 – in G.U. n.71 del 24.03.2012.*

Molte ormai le notizie, i commenti, le considerazioni circolate sul web e molte saranno pubblicate e ognuno potrà farsene una personale idea, anche leggendo quelle che di seguito vengono pubblicate, in una sorta di dossier sull'interpretazione e la portata delle modifiche nonché sui riflessi per quanto attiene ai risarcimenti.
Pare opportuno sottolineare, però che l'accertamento del danno biologico, sia temporaneo sia permanente, rimane ancora e sempre un peculiare ed esclusivo compito del medico legale che lo valuterà alla solita maniera secondo i canoni della medicina legale. Sarà il risarcimento che potrà subire una contrazione a seconda di come la nuova norma sarà interpretata dalle Compagnie.
Le Compagnie, come potrete leggere nelle pagine successive, ritengono che le lesioni lievi e/o i postumi lievi (ma manca la linea di demarcazione tra lieve e meno lieve) non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente, ma questo è quello che già oggi succede visto che nessun medico legale accerterà mai lesioni o valuterà postumi in mancanza di una qualche obiettività clinica.
La seconda aggiuntiva modifica (3-quater), poi, pare riportare tutto alla situazione *quo ante*, solo ricordando al medico legale (che non se ne era certo dimenticato) di accertare obiettivamente, ma in maniera anche visiva, l'esistenza della lesione;
Non ultimo, essendo il bene salute costituzionalmente garantito, l'esclusione del diritto al risarcimento pur in presenza di lesioni e/o postumi lievi sarà sicuramente valutato illegittimo dal Giudice delle leggi.
Una cosa è certa: i Medici Legali non si lasceranno certo irretire dai desiderata e dai diktat delle Compagnie e continueranno ad esercitare con serietà, scienza e coscienza la professione, avendo come scopo esclusivo la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo danneggiato.
Ancora una volta, però, le campagne giornalistiche sponsorizzate dalle lobby assicurative hanno fatto centro: quasi tutti ormai credono che la distorsione del rachide cervicale, il danno da colpo di frusta, non possa più essere pagato grazie alla legge così modificata. Ciò comporterà nel prossimo futuro un enorme risparmio, o meglio una forte speculazione sui risarcimenti che le Compagnie andranno a proporre.
In realtà nulla dovrebbe essere cambiato e chi ha subito un danno deve essere risarcito, basterà farlo capire alle vittime dei sinistri stradali, basterà non arrendersi davanti al primo rifiuto. Purtroppo ciò alimenterà il contenzioso, ma i Medici e i Giudici saranno certamente all'altezza della situazione continuando a difendere i diritti dei deboli.

Luigi Cipriano – Presidente ANEIS

Riflessioni a caldo ed in libertà sull'emendamento "scova furbetti" del colpo di frusta inserito dalla X° Commissione Senato nel decreto "Salva Italia"

Nota dell'avvocato Alessandro Menin

Da sempre, sin dai tempi dell'università mi sono trovato a dibattere, perfino in sede di discussione di laurea, circa la risarcibilità, o meno, del danno biologico.
Allora, si parla del millennio scorso, era, però in discussione l'esistenza stessa (e la conseguente indennizzabilità) del danno in questione.
Oggi, invece, dopo mille battaglie dottrinali e giurisprudenziali, dopo notevoli e pregevoli sentenze a tutti i livelli previsti dal nostro ordinamento giuridico e giurisdizionale, assodato che il danno biologico (o alla salute) esiste, si cerca, in un sol colpo di limitarne drasticamente il suo risarcimento.
La modifica in questione è quella apportata al secondo comma dell'art. 139 Cod. ass.ni con il decreto "salva Italia", attraverso il comma 3 ter dell'art. 32, laddove viene previsto che, in caso di sinistro stradale, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente.
Moltissime domande affollano la mente, pensando a quanti problemi di natura interpretativa verranno sollevati al momento, pratico, di risarcire i danni alla persona derivanti da sinistro stradale, ed alle nuove "battaglie" da ingaggiare con uffici liquidativi e liquidatori assicurativi (danno biologico permanente no, e quello temporaneo sì? e le spese mediche afferenti al "DB" permanente? ed il danno morale conseguente?); tuttavia, una domanda sovrasta le altre, ed è di natura squisitamente giuridica: è costituzionale una simile norma?
La risposta che tendo a darmi è negativa, nel senso che non riesco proprio a trovare un appiglio che mi consenta di salvare questa "singolare" novità (o forse, inconsciamente, non lo voglio).
È utile, per comprendere il pur semplice ragionamento fare un passo indietro.

1. Pietre miliari del riconoscimento del danno alla salute o biologico sono due sentenze della Corte Costituzionale:
   1. la sentenza n. 88 del 1979, nella quale la Consulta configurò il diritto alla salute *"come un diritto primario ed assoluto... da ricomprendere tra le posizioni soggettive direttamente tutelate dalla Costituzione"*, precisando (già quella volta) che, in caso di violazione dello stesso, *"la indennizzabilità non può essere limitata alle conseguenze della violazione incidente sull'attitudine a produrre reddito, ma deve comprendere anche gli effetti della lesione al diritto considerato come posizione soggettiva autonoma indipendentemente da ogni altra circostanza e conseguenza"*[1];

   2. la sentenza n. 184 del 1986, laddove i Giudici costituzionali sottolineavano che, *"quand'anche si sostenesse che il riconoscimento, in un determinato ramo dell'ordinamento, d'un diritto subiettivo non esclude che siano posti limiti alla sua tutela risarcitoria (disponendosi ad esempio che non la lesione di quel diritto, per sé, sia risarcibile ma la medesima purché conseguano danni di un certo genere) va energicamente sottolineato che ciò, in ogni caso, non può accadere per i diritti e gli interessi dalla Costituzione dichiarati fondamentali"*[2].

Come si vede, quindi, già da 25 anni dovrebbe essere chiaro a tutti che la tutela della lesione di un diritto cosituzionalmente tutelato non può subire compressioni di sorta, come, invece, vorrebbe fare la norma in questione.
Ma, se non vado errato questo è proprio il caso che ci occupa: il Legislatore, con un piccolo colpo di mano (all'evidenza filo-assicurativo), ha di fatto introdotto una limitazione al risarcimento della lesione del diritto alla salute, diritto inviolabile, prevedendo che la rifusione sia possibile solo a determinate condizioni.
È evidente come ciò sia profondamente contrario ai principi che hanno ispirato la Carta Fondamentale e, pertanto, radicalmente incostituzionale.
Per dirla, ancora, con le parole che ispirarono quei Giudici anni or sono: *"il Legislatore ordinario, rifiutando la tutela risarcitoria (minima) a seguito della violazione del diritto costituzionalmente dichiarato fondamentale, non lo tutelerebbe affatto, almeno nei casi esclusi dalla predetta tutela. La solenne dichiarazione della Costituzione si ridurrebbe ad una lustra, nelle ipotesi escluse dalla tutela risarcitoria: il legislatore ordinario rimarrebbe arbitro dell'effettività della predetta dichiarazione costituzionale"*[3].
Che il diritto alla salute, la lesione del quale è chiamata "danno biologico", sia costituzionalmente tutelato non credo possa esservi ombra di dubbio, visto il contenuto dell'art. 32 Cost.
Per chi, invece, avesse dei dubbi, ricordo che la Suprema corte di Cassazione, a Sezioni Unite, qualche anno fa, in una delle famose sentenze di San Martino, ha ribadito

[1] Corte Cost. 26 luglio 1969, n. 88.
[2] Corte Cost. 14 luglio 1986, n. 184
[3] Corte Cost. 14 luglio 1986, n. 184

che la lesione del diritto inviolabile della salute è denominata, appunto, danno biologico[4].
Mettendo insieme queste semplici nozioni, l'unica risposta che riesco a dare alla domanda che inizialmente mi sono posto è che l'emendamento in questione è radicalmente anticostituzionale.

2. Ma vi sono altri aspetti che turbano e mi fanno ritenere questa disposizione profondamente ingiusta e foriera di seri problemi.
Pensando, infatti, alle lesioni lievi non strumentalmente accertabili in modo obiettivo che possono accadere in un sinistro stradale, ho notato che le stesse possono accadere anche in situazioni differenti, con i medesimi problemi "probatori", ma con un diverso trattamento risarcitorio.
Nel caso infatti di caduta sulle scale condominiali, di inciampo sulla buca del marciapiede, di caduta da cavallo del cavaliere inesperto, di scontro tra sciatori (e di esempi se ne potrebbero trovare a bizzeffe), il c.d "colpo di frusta" vedrebbe confermata la propria dignità risarcitoria, oltretutto con somme di gran lunga superiori a quelle previste dalla legge n. 57/2001 prima, e dal codice delle assicurazioni poi.
Uguali situazioni diverso trattamento risarcitorio.
Pare propio una forma di "discriminazione" che viola il disposto dell'art. 3 della Costituzione.
Se, infatti, il criterio di applicazione del diritto all'uguaglianza davanti all'ordinamento non deve essere inteso nel senso che tutte le norme di legge debbano sempre indirizzarsi in modo uguale a tutti i cittadini, ma nel senso che l'individuazione delle "categorie" di soggetti cui ciascuna norma è diretta deve avvenire con regole che evitino di trattare situazioni omogenee in modo differenziato, voler applicare un principio di distinzione delle lesioni alla salute risarcibili (o meno) sul presupposto del verificarsi (o meno) di un sinistro stradale appare contrario al dettato Costituzionale.

3. Anche le problematiche probatorie del danno posso essere alla base di forti discriminazioni che minano la costituzionalità dell'emendamento, sempre in relazione all'art. 3 della Carta.
Di fatto, come è stato prontamente messo in luce anche dal Segretario Nazionale del Sindacato Italiano Specialisti di Medicina Legale e delle Assicurazioni, quando ancora si poteva evitare l'evitabile e si discuteva non della norma ma dell'emendamento che la prevedeva, questa prescrizione porterà solo ad un aumento degli esami specialistici inutili, tanto che *"l'ipotetico risparmio sarebbe di gran lunga superato dall'eccessivo costo delle spese mediche da risarcire ai danneggiati"*[5], quelli, aggiungo io (ma lo aggiunge anche il dr. Zinno), che detti esami strumentali del tutto superflui se li possono permettere.
La discriminazione qui, è ancora più evidente, se solo si pensa allo studente, al pensionato, al dipendente con moglie e figli a carico che non può permettersi di pagare una ecografia dei muscoli lunghi del collo, un ecodoppler delle arterie vertebrali, un esame cocleo-vestibolare, un esame stabilometrico, un esame elettronistagmografico, un esame elettromiografico, una baropodometria, una T.a.c. e/o una Risonanza magnetica.
Esami che, per inciso, egli dovrebbe necessariamente affrontare di tasca propria, attraverso strutture private, per poterli avere in tempi ragiovenoli, dal momento che, dovendo necessariamente rispettare i rigidi paletti temporali del nesso di causa (tanto cari alle compagnie assicurative) non ci sarebbe il tempo di attendere i lunghi mesi del Servizio Sanitario Nazionale.
Ed allora, il dirtto al risarcimento della lesione lieve diverebbe ad appannaggio dei soli danneggiati abbienti, fatto, questo, che non può far riflettere circa la probabile incostituzionalità della norma.

4. C'è anche un ulteriore profilo di preoccupazione, che riguarda quei danni diversi dal "colpo di frusta" che non consentono la prova attraverso accertamenti clinici strumentali obiettivi.
Mi riferisco, in particolare, alle lesioni di carattere psicologico o psichico (come ad esempio il disturbo post-traumatico da stress) che, per loro natura, non possono essere accertati con esami diagnostici oggettivi, ma solo attraverso anamnesi, colloquio clinico ed esame psichico[6].
La fine di questi danni, quando si manifesteranno in misura "lieve", è scritta nell'emendamento incriminato: *tamquam non esset*.

5. C'è il tempo per una ultima riflessione in libertà.
Qualora la norma, così com'è, venga considerata aderente ai principi costituzionali, ciò crea inevitabilmente un diritto alla salute a due binari, quantomeno per le lesioni lievi derivanti da sinistro stradale: quello degli abbienti, dei ben informati, probabilmente risarcibile, e quello delle persone comuni, probabilmente non risarcibile per mancanza di fondi, di informazioni, di esami medici da esibire.
Le assicurazioni (ed i Tribunali) vedranno, certamente, diminuire le richieste risarcitorie, ma di certo non si potrà più pensare che il Legislatore consideri la tutela della salute quale interesse della collettività, quale strumento di elevazione della dignità sociale dell'individuo; anche per il Legislatore, in fondo, se le cose non cambiano, la salute è divenuta una semplice questione di soldi, con buona pace di tutti i lievemente lesi senza accertamento clinico strumentale obiettivo.

Avv. Alessandro Menin – Foro di Venezia ■

---

[4] Cass. civ. S. U., 11 novembre 2008, n. 26972, pag. 14

[5] Fonte: AgentParl - Assicurazioni: Zinno (sismla) scrive a cursi, preoccupati su emendamenti art 32 ddl3110, in http://www.agenparl.it/articoli/news/politica/20120217-assicurazioni-zinno-sismla-scrive-a-cursi-preoccupati-su-emendamenti-art-32-ddl3110

[6] Per un approfondimento circa gli aspetti probatori di questi danni: AA.VV., *Trattato dei nuovi danni* – Tomo I – pagg. 559 e ss – diretto da P. Cendon.

Rachidi "liberalizzati": un caso di propaganda legislativa inutile e tecnicamente errata

ORGANISMO UNITARIO DELL'AVVOCATURA
COMMISSIONE RESPONSABILITÀ CIVILE
ASSICURAZIONI E RISARCIMENTO DIRETTO

Come noto con la legge 24 marzo 2012, n. 27 in sede di conversione del D.L. 1 del 24 gennaio 2012 sono state apportate due **aggiunte** alla normativa vigente in tema di danno alla persona, che peraltro nel suo impianto generale non è stata modificata.

I dati testuali: le norme e il loro inquadramento.
In particolare nel testo pubblicato in Gazzetta Ufficiale *(GU n. 71 del 24-3-2012 - Suppl. Ordinario n.53)* si legge che all'art.32 del decreto legge dopo il comma tre sono stati aggiunti i seguenti periodi di testo identificati come 3 ter e 3 quater:
3-ter. *"Al comma 2 dell'articolo 139 del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: "In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente"*;
3-quater. *"Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione."*
Sia dalla analisi del testo che dalla lettura del coordinato delle norme pubblicato in Gazzetta è evidente che la incidenza della norma del numero **3 ter** è tale da **non modificare** l'art.139 nella sua portata generale descrittiva e precettiva, essendosi limitato il legislatore a inserire la nuova norma **senza modificare** la definizione di danno biologico che è portata dal numero 2 del 139.
Di seguito il testo del 139 del Codice delle Assicurazioni come risulta dopo **l'aggiunta del 3-ter:**

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, è effettuato secondo i criteri e le misure seguenti:***
   a) a titolo di danno biologico permanente, è 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 è 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 è pari ad euro seicentosettantaquattro virgola settantotto;
   b) a titolo di danno biologico temporaneo, è 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.***
   In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente.
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. *Omissis*

L'art. 3-quater: una monade priva di inquadramento sistematico.
Dalla lettura sia della legge di conversione che del testo coordinato in Gazzetta Ufficiale non è dato comprendere quale sia l'inquadramento sistematico della "norma" portata del **3-quater**. Infatti nel testo che risulta in Gazzetta Ufficiale, a differenza di quello circolato su un quotidiano, l'art. 3-quater non risulta avere direttamente modificato il testo dell'art.139.
Poiché tale circostanza è confermata dalla lettura del testo coordinato non appare possibile dare valenza sistematica alla norma risultando pertanto pienamente giustificate sul punto le critiche svolte parte di taluni che hanno vanamente osservato: *"Al riguardo si ritiene opportuno un chiarimento della portata delle disposizioni, considerando che le due norme presentano un campo di applicazione comune, ma sembrano contenere profili contradditori. Infatti, mentre il comma 3-ter esclude il risarcimento del danno biologico "permanente" nel caso in cui le lesioni non siano suscettibili di "accertamento clinico strumentale obiettivo", il comma 3-quater ammette il risarcimento (senza specificare se a titolo di danno biologico permanente o temporaneo) qualora vi sia un riscontro medico legale da cui risulti "visivamente" o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione."*

La vulgata mediatica *("non si paga più…")* e i principi generali del diritto.
Le norme in materia di micro permanenti introdotte in sede di conversione di decreto legge ed estranee all'oggetto dello stesso, in violazione pertanto dell'art.77 (come chiarito dalla Corte costituzionale con la fondamentale sentenza 22/2012) sono state annunciate come interventi volti a *"non pagare più i colpi di frusta"* al dichiarato scopo di consentire alle imprese assicurative *"risparmi"* ipoteticamente finalizzati alla *"riduzione dei premi assicurativi"*. A prescindere dal merito si tratta comunque di considerazioni prive di giuridico fondamento frutto perverso di intrecci tra incultura giuridica, degrado legislativo e plateali pressioni lobbistiche. Ancora più chiaramente e semplicemente: un tale disegno non si può realizzare ne si potrà mai imporre nel sistema giuridico italiano, dove chi rompe paga (art. 2043 codice civile), se chi rompe è il proprietario di un veicolo assicurato per la responsabilità civile (art. 1917 codice civile) costui, oltre ad es- ▶

sere obbligato a risarcire i danni, ha anche l'obbligo di assicurare (art. 122 cod. ass.) il proprio veicolo. Specularmente chi viene danneggiato da quel veicolo assicurato ha il diritto – che nessuno può togliergli anche in forza della normativa comunitaria – di farsi **risarcire** (e non già indennizzare) direttamente dall'assicuratore, esercitando se del caso l'azione diretta (art. 144 cod. ass.) nei confronti della compagnia del civile responsabile.
Occorre poi ricordare che l'obbligo di stipulare la garanzia RC auto non è certo un "aiuto di stato" introdotto per garantire quote di mercato alle imprese di assicurazione, ma al contrario è una garanzia posta a tutela dei danneggiati e delle vittime della strada che, solo con un sistema di RC obbligatoria, hanno la garanzia di ottenere sempre e comunque un *risarcimento* che diversamente non sarebbe garantito nell'ipotesi che detto risarcimento rimanesse a carico esclusivo del responsabile del sinistro stradale il quale, in ipotesi, potrebbe anche essere soggetto non solvibile.
In altre parole, nonostante le difformi intenzioni del legislatore e gli interessati auspici delle imprese, i risarcimenti che l'assicuratore per la la RC auto è tenuto a erogare al danneggiato, non possono essere di natura e di entità differente rispetto a ogni altro risarcimento per fatto illecito.
Non è quindi giustificabile la pretesa dell'assicuratore per la rc auto di risarcire il danno alla persona in misura inferiore rispetto a quanto avviene in forza dei generali criteri della responsabilità civile, dal momento che anche la garanzia rc auto prevista dall'art.122 del codice delle assicurazioni rientra tra le quelle disciplinate all'art. 1917[1] del codice civile e come tale non ammette franchigie o limitazioni di sorta. Difatti la polizza rc auto, per disposizione codicistica, garantisce l'assicurato responsabile di quanto questi in conseguenza del fatto del quale è responsabile deve pagare al terzo danneggiato.

Nessun mutamento "per legge" della criteriologia medico legale nella RC auto.
Occorre chiarire però che il lobbista che ha vergato i testi poi divenuti "legge dello Stato" ha fatto, comunque, un pessimo lavoro; anche se l'obiettivo che si era dato, non risarcire più i *postumi permanenti* da distrazione del rachide cervicale, ma solo in rc auto, era come si è visto impossibile da raggiungere il lavoro fatto resta inutile per molte ragioni.
In particolare va ribadito che la definizione di danno biologico del primo comma del 139 del codice delle assicurazioni non è stata modificata e tale danno resta dunque definito come 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"*.
Si tratta di una definizione che ha avuto peraltro capacità espansiva ben oltre il settore della rc auto come definitivamente consacrato dalla Cassazione a Sezioni Unite nelle note sentenze di S. Martino. Poiché dunque non è mutata la definizione di danno biologico **rimane sempre compito del medico legale accertare la eventuale esistenza di un danno permanente e/o temporaneo quale esito di una lesione alla integrità psicofisica di un soggetto**. Quindi **un primo dato di fatto**: non è stata introdotta nessuna norma tale da costringere la medicina legale ad utilizzare criteriologie difformi rispetto a quelle validate dalla comunità scientifica: resta ovviamente conforme alla norma procedere con il consueto accertamento valutativo.

La confusione del legislatore: la *"lesione lieve"* che *"non da luogo a risarcimento"*.
Il ruolo del medico legale: l'apprezzamento del pregiudizio e non il risarcimento.
Come si è visto neanche il lobbista, benché fattosi legislatore, è stato in grado di sostenere che situazioni strumentalmente non accertabili debbano meccanicamente costituire assenza di danno biologico poiché, e non potrebbe essere diversamente, è diretta competenza del medico legale la espressione di un appropriato giudizio tecnico. Se dunque l'innominato *"colpo di frusta"* non può essere abolito per legge, così come non è possibile mutare per decreto la criteriologia medico legale, il legislatore tenta comunque confusamente di chiarire che ***"in ogni caso le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente"***.
E qui il legislatore redige una norma errata sotto diversi profili: innanzitutto è sbagliata la tecnica di redazione che ha generato una norma pleonastica priva di valore precettivo. Infatti la dicitura *"in ogni caso"* ha valore ricognitivo del quadro generale normativo preesistente e non permette di far discendere dalle parole che la seguono alcuna modifica sostanziale di quel quadro. Ma vi è di più: la norma è priva di senso anche nel suo significato tecnico letterale dal momento che ovviamente non è *"la lesione"* che *"da luogo a risarcimento per danno biologico permanente"* bensì gli esiti, la cui valutazione è sempre demandata alla preparazione del medico legale.
È dunque parimenti insensato il riferimento che compare nel testo alla *"lesione di lieve entità"* intesa come evento che da luogo a danno biologico permanente, a meno che, stravolgendo il testo della norma, con un inammissibile volo interpretativo, si intenda per lesione di lieve entità il postumo della stessa che, a dire del redattore del testo del **3-ter**, se *"di lieve entità"* non *"da luogo"* a risarcimento a meno che *"non sia suscettibile di accertamento clinico strumentale obiettivo"*.
Ma anche cosi la norma non si tiene: per valutare se la lesione, rectius: il postumo consolidato, è *"lieve"*, occorre provvedere ad accertarne esistenza ed entità e quindi secondo il legislatore dovrebbe accadere che il medico legale debba accertare l'esistenza di postumi di distrazione del rachide di lieve entità, magari valutati secondo i vigenti barhemes ministeriali del 2003, in $\leq$ 2% perché come previsto dal DPR non strumentalmente accertabili. Sempre il medico legale dovrebbe, in un successivo momento lo-

[1] *Articolo 1917. Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore e obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto (2952). Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi (2767). L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed e obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede. Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'assicurato, convenuto dal danneggiato, pu chiamare in causa l'assicuratore (1932; Cod. Proc. Civ. 196)*

gico della propria attività valutativa, chiarire se quei postumi di lieve entità (in ipotesi 2%) che il legislatore chiama *"lesioni di lieve entità"* siano o meno suscettibili di *"accertamento clinico strumentale obiettivo"*.
E così per successive approssimazioni si arriva ad una ulteriore criticità, vale a dire cosa debba intendersi per *"accertamento clinico strumentale obiettivo"*, oltre che, problema non da poco, se il fantomatico accertamento debba essere relativo alla lesione o ai postumi. Ci si limita ad osservare che se il legislatore avesse voluto, inammissibilmente, subordinare il "riconoscimento" di postumi risarcibili al riscontro strumentale, non avrebbe scritto le parole "accertamento clinico".
Così chiariti i passaggi il ruolo del medico legale arriva a conclusione. Se richiesto di un parere in materia di rc auto, in ipotesi di esiti di trauma del rachide, non dovrà dunque sostenere l'inesistenza di quei postumi che fino a ieri venivano pacificamente valutati ma, a secondo della interpretazione della norma che avrà ritenuto più convincente, potrà continuare ad operare con i medesimi criteri valutativi ante legge 27/2012 continuando a utilizzare i barhemes del dpr 2003.
È infatti evidente, quale che sia il significato che si voglia dare alla disposizione secondo la quale ***"in ogni caso le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente"*** che il ruolo del medico legale non è stato toccato dalla norma che si limita a chiarire che le "lesioni lievi " o forse i "postumi lievi" delle stesse non *"danno luogo"* a risarcimento.
La norma non è dunque indirizzata al medico che continua a valutare il danno secondo le disposizioni della prima parte del 139, e che al più potrà concludere nell'ipotesi di postumi soggettivi valutabili ex dpr 2003 richiamando la valutazione prevista ($\leq$ 2%) ed eventualmente chiarendo se tale valutazione sia suscettibile di *"accertamento clinico strumentale obiettivo"*.
Così interpretata peraltro la norma recita comunque l'ovvio, dal momento che nessun medico legale in mancanza di una qualche obiettività clinica, può valutare la sussistenza di postumi permanenti. E qui incominciano i reali problemi giuridici poiché dalla lettura del 139 n. 2 non residuano dubbi che (I) il danno biologico va accertato dal medico legale come pure (II) viene introdotto nel sistema un danno che esiste (la lesione di lieve entità) ed è idoneo a generare postumi ma, a dire del legislatore, se quella lesione (o forse i postumi della stessa?) non è suscettibile di accertamento, che secondo il nuovo mantra della RC auto, deve essere *"clinico strumentale obiettivo"*, allora il danno non può "dare luogo" a risarcimento".
E qui il cerchio si chiude: poiché non esistono e non possono esistere nel sistema della responsabilità civile danni non risarcibili, tantomeno nell'ambito del danno alla persona che, come il danno alla salute attiene a diritti tutelati costituzionalmente, è evidente che il giro di giostra del comma **3-ter** è destinato solo a indurre confusione interessata.
Anche perché la norma viene poi smentita dal **3-quater** che demanda il risarcimento del *"danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209"* al *"riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione"*.
E qui la norma non pare potersi davvero interpretare diversamente: il riscontro medico legale è atto proprio dello specialista che visivamente, cioè a seguito di indagine obiettiva ed in osservanza alla criteriologia causale, accerta la eventuale presenza di un danno biologico inteso secondo la immutata definizione del numero 2 del 139, come *"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"*.

Considerazioni conclusive.
Le norme introdotte in sede di conversione per quanto di dubbia interpretazione non possono certo incidere sul regime della prova della sussistenza del danno biologico.
È noto ed è stato ricordato come le Sezioni Unite dell'11 novembre 2008, n. 26972 hanno chiarito che *"per quanto concerne i mezzi di prova, per il danno biologico la vigente normativa (artt. 138 e 139 DLgs .n° 209/2005) richiede l'accertamento medico-legale ...ma la norma non lo eleva a strumento esclusivo e necessario. Così come è nei poteri del giudice disattendere, motivatamente, le opinioni del consulente tecnico, del pari il giudice potrà non disporre l'accertamento medico-legale ...superfluo e porre a fondamento della sua decisione tutti gli altri elementi utili acquisiti al processo (documenti, testimonianze), avvalersi delle nozioni di comune esperienza e delle presunzioni"*.
Non pare francamente possibile che il legislatore abbia voluto introdurre norme che vincolano il Giudice a disporre accertamenti medico legali ai quali questi sia obbligato ad attenersi, né che si sia inteso modificare la criteriologia medico legale, essendo peraltro immutati i barhemes del dpr 2003 che prevede i parametri valutativi per le micro permanenti.
Non pare neanche che le nuove norme introdotte possano incidere in maniera sostanziale sul concetto di danno biologico risarcibile modificandone in senso restrittivo l'area, dal momento che una loro applicazione in questo senso determinerebbe un ulteriore macroscopico disallineamento tra il sistema risarcitorio del danno alla persona in generale e le previsioni in materia di RC auto, notoriamente penalizzanti per il danneggiato.
Una lettura delle norme portate dal 3 ter e 3 quater che non le riconduca al significato che meglio pare loro competere, e cioè quello di norme "manifesto", porterebbe a inammissibili esclusioni risarcitorie per una serie di danni per loro natura non strumentalmente accertabili, si pensi non solo ai vituperati "rachidi", ma anche alla sfera del danno psichico.
Un tale modo di procedere renderebbe irreversibile la deriva indennitaria del sistema del risarcimento del danno alla persona in RC auto. Si tratta peraltro di un sistema la cui tenuta è noto sarà presto nuovamente al vaglio dalla Corte costituzionale, e sempre in relazione al 139 e ai limiti risarcitori che tale norma impone al potere equitativo del giudice in quanto di ostacolo per la applicazione dei più favorevoli valori previsti per medesime lesioni ma aventi altra eziologia. Ulteriori limitazioni che dovessero essere imposte ai diritti dei danneggiati, già costretti tra sistemi tabellari penalizzanti, quali quelle in ipotesi attuate mediante questo confuso tentativo di introdurre inammissibili franchigie risarcitorie, rischiano seriamente di far crollare la tenuta costituzionale del sistema che appare sempre più estraneo all'esigenza per cui era sorto, e cioè quella di garantire, sempre e comunque, la piena tutela dei danneggiati.
Roma, 28 marzo 2012

Avv. Settimio Catalisano
(Coordinatore commissione)

Avv. Angelo Massimo Perrini
(componente)

SOCIETA' MEDICO LEGALE DEL TRIVENETO

INDICAZIONI MEDICO LEGALI IN MERITO AL D. L. 24.1.2012 n.1 recante "disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività, con riferimento alle modifiche dell'art. 139 del codice delle assicurazioni

Il Consiglio Direttivo della Società Medico Legale del Triveneto, in data 5.4.2012, dopo riunione ed approfondimento valutativo tecnico medico legale delle problematiche inerenti all'applicazione degli emendamenti definiti come comma 3/ter e comma 3/quater dell'art. 139 del Codice delle Assicurazioni, ha ritenuto di produrre il seguente documento condiviso ed approvato all'unanimità.

Il recente Decreto-Legge 24/1/2012 n.1 recante "Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività" – **cioè il cosiddetto decreto sulle liberalizzazioni** – ha apportato delle modifiche al Codice delle Assicurazioni: in particolare all'art. 139 che riguarda il risarcimento del danno biologico in caso di lesioni di lieve entità. Per quanto di interesse medico legale va segnalato che sono stati proposti, e successivamente approvati, degli emendamenti definiti come Comma 3/ter e Comma 3/quater.

Il Comma 3/ter prevede che "in ogni caso le lesioni di lieve entità che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente" (a modifica del Comma 2 dell'art.139), mentre il Comma 3/quater attesta che "il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'art.139 del D.L. 7/9/2005 n.209, è risarcito solo a seguito di riscontro medico-legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione".

In definitiva il nuovo testo dell'art.139 parrebbe essere il seguente, nei punti ove modificato:

"il risarcimento del danno biologico per lesioni di lieve entità, derivanti da sinistri conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, è effettuato, solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione, secondo i criteri e le misure seguenti:

…*(omissis)*...

2- Agli effetti di cui al comma 1 per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazioni della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito. In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente…*(omissis)*...".

Tuttavia fin da subito la maggior parte dei lettori competenti in materia (sia medico legali, sia giuristi) hanno ritenuto tutt'altro che chiaro come interpretare ed applicare tale nuovo dettato di Legge che, pur nel contesto di un lecito interesse da parte della Compagnia di Assicurazione di eliminare il risarcimento delle "false" microinvalidità, pone sostanziali problematiche di natura applicativa.

Ormai da decenni si discute in sede medico legale ed assicurativa sulla rilevanza economica del risarcimento delle microlesioni. Le preoccupazioni di ordine generale emerse dalle compagnie di assicurazione sono sostanzialmente condivisibili allorché si pensi infatti che il rapporto tra numero di incidenti stradali e numero di incidenti stradali con danno alla persona è, in Italia, ampiamente superiore a quello presente negli altri Stati Europei ed ancora tale rapporto è molto variabile tra Regione e Regione Italiana ed anzi tra provincia e provincia. Inoltre sussiste una significativa variabilità sulle percentuali di invalidità ed entità conseguente del risarcimento tra differenti zone geografiche, senza che vi siano sostanziali spiegazioni scientifiche sul fenomeno.

Questo è il motivo della nascita di questo Decreto ed in particolare la ratio delle modifiche apportate all'articolo 139, in particolare quella relativa al comma 3/quater. La relazione illustrativa a tale modifica così recenti: **"la modifica proposta è volta ad introdurre, per le lesioni di lieve entità, la previsione di assenza di risarcimento da danno biologico permanente in caso di effetti lesivi "soggettivi" (cioè, solo riferiti dal paziente e non obiettivamente constatabili). L'introduzione della norma, coerentemente con quanto avviene negli altri Paesi Europei eviterebbe in pratica l'abnorme speculazione sul cosiddetto "colpo di frusta". La natura speculativa di buona parte delle richieste di risarcimento per danni alla persona di modesta entità è infatti suffragata dalla differente diffusione del fenomeno nelle diverse aree territoriali Italiane. In alcune realtà territoriali, in particolare nel Sud Italia, la percentuale dei sinistri con lesioni, fa infatti registrare punte anche superiori al 40%"**.

Dalla lettura della relazione illustrativa emerge chiaramente che lo **scopo** delle modifiche di Legge è stato il contenimento della "natura speculativa di buona parte delle richieste di risarcimento per danni alla persona di modesta entità": intento certamente condivisibile. Purtroppo le modalità con cui il Legislatore si è espresso risentono chiaramente di una evidente contraddittorietà sia di natura giuridica, sia di natura probatoria medico legale, comportando degli effetti "collaterali" chiaramente incongrui, pro-

babilmente anticostituzionali rispetto alle effettive necessità di riscontro tecnico per il "giusto risarcimento del danno di lieve "entità".
Una prima considerazione è di tipo giuridico.
Le modifiche vogliono combattere le speculazioni e cioè il risarcimento per danni inesistenti o per danni sovrastimati. La ratio della legge non è certo quella di non risarcire i danni che, pur di lieve entità, sono "reali" Tale ipotesi sarebbe infatti in totale contrasto con le regole generali del Diritto, essendo impensabile che in responsabilità extracontrattuale sia previsto il non risarcimento di danno reale provato: questo sarebbe un atteggiamento chiaramente in contrasto con regole basilari del Diritto che prevede il ristoro integrale del danno.
Risulterebbe altresì impensabile che tali emendamenti vadano contro ad altre Leggi, in particolare alle Tabelle sulle micro permanenti che prevedono percentuali di invalidità per danni di lieve entità ch sono qualificati ed identificati esclusivamente su riscontri clinici.
Il problema diventa quindi squisitamente medico legale, e riguarda in definitiva il livello di prova che il danno alla persona deve avere per essere risarcibile.
È necessaria quindi una approfondita valutazione del nuovo 139 in ottica medico legale, basata sull'ovvio assunto che tale Legge (alla luce di quanto sopraddetto), **la quale ha il giusto scopo di contenere le speculazioni e le enfatizzazioni, non ha certamente l'intento di modificare le regole del Diritto e quindi di abolire il risarcimento per danno ingiunto di lieve entità.**
L'analisi medico legale deve a nostro parere partire interpretando l'articolo con un chiaro richiamo ad una maggiore rigorosità valutativa, ad un atteggiamento più scientificamente e medico legalmente orientato per quello che riguarda il concetto di prova del danno.
Venendo all'interpretazione tecnica dei singoli articoli si può ritenere che il dispositivo di Legge sembra orientarsi per il 3/quater verso l'accertamento della lesione iniziale, mentre, per il 3/ter per quanto riguarda il risarcimento dei postumi. Il comma 3/quater, infatti, parla di danno biologico e quindi necessariamente si riferisce al "danno biologico permanente e temporaneo". Il comma 3/ter invece porta ad escludere il risarcimento, in mancanza di determinati requisiti, solo per il danno biologico permanente. Ben nota è infatti la differenza tra lesione, menomazione e postumo.
Veniamo dunque all'esame interprativo dei singoli emendamenti.
Il comma 3/quater dell'art. 32 del DL 24.1.2012 dice che la lesione deve essere visivamente accertata. Ora secondo la definizione del vocabolario Zingarelli il termine **"visivamente"** è un avverbio e viene così definito: "con la vista, per mezzo della vista, percepire per mezzo della vista". Ancora nello stesso vocabolario la definizione **"strumentalmente"** deriva da: "lo strumento è arnese o dispositivo atto al compimento di determinate operazioni…Strumenti di misura: dispositivi che misurano una grandezza fisica per misurazione diretta o previa taratura e lettura diretta di indice su scala graduata... Che si esegue mediante strumenti".
Per quanto riguarda dunque l'interpretazione del termine "visivamente", è necessario precisare che **"visita medica"** deriva dalla stessa radice semantica dell'avverbio" visivamente ": il termine quindi va interpretato nella fattispecie, come "accertamento a seguito di visita medica". Per visita medica si intende l'ispezione, l'esame e controllo dello stato di un soggetto utilizzando tutti i criteri stabiliti dalla semeiotica clinica: la visita medica prevede l'ispezione, la palpazione, la percussione, l'auscultazione ed ogni altro strumento che costituisce il bagaglio della semeiotica medica..L'interpretazione letterale del termine "visivamente" rapportato esclusivamente al mero apprezzamento visivo, porterebbe quindi ad escludere tutte le lesioni che di fatto sono comunque idoneamente accertabili utilizzando gli strumenti della semeiotica medica Per fare un esempio non sarebbe "visivamente accertabile" una lussazione di spalla autoridotta, e non lo sarebbe nemmeno strumentalmente. Un trauma cranico commotivo, se non è stato visto in condizioni di perdita di conoscenza nell'immediatezza dell'evento, non è diagnosticabile né visivamente, né strumentalmente. Per non tacere poi delle situazioni che dal punto di vista diagnostico terapeutico non richiedono alcun accertamento strumentale aggiuntivo alla visita medica, per cui la necessita' in fase acuta di ricorrere ad accertamenti strumentali solo per finalita' giuridico-risarciitore, porterebbe ad una rischiosa ed inutile lievitazione della spesa sanitaria
Riteniamo dunque che l'interpretazione di questo articolo debba essere operata, ragionevolmente non alla luce di una lettura superficiale, bensì tenendo conto della "ratio" della Legge che è sostanzialmente quella di evitare speculazioni e frodi. L'articolo, quindi, va interpretato come un richiamo al rigore scientifico nella valutazione clinica delle patologie asseritamente presenti ed al rigore valutativo medico legale nell'affermare la presenza di una lesione e di una menomazione, secondo la rilevanza nel concetto di "prova" ai fini del danno risarcibile.
In questa ottica si deve ritenere in conclusione che il termine "visivamente" non può che corrispondere al termine clinicamente, accertabile dal punto di vista medico legale e la dizione "strumentalmente" (**prevista in alternativa nello stesso emendamento**) possa essere utilizzato (in quanto facoltativo) nei casi di dubbia interpretazione ai fini del riconoscimento della lesione biologica.
Analogamente controversa l'interpretazione del comma 3/ter del citato DL 24.1.2012 che afferma "…che non siano suscettibili di accertamento **clinico strumentale obiettivo** non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente".
Sul punto esiste in primo luogo la perplessità se il danno risarcibile derivi dalla concomitanza dei tre aspetti, o richieda la presenza di uno degli stessi.
Secondo il vocabolario Zingarelli per **"clinico"** si intende un aggettivo che afferma essere una cosa relativa alla clinica. La clinica è la parte della medicina che studia le manifestazioni morbose delle malattie mediante l'osservazione diretta dei singoli pazienti. Clinico sarebbe ciò che è affermabile secondo conoscenze scientifiche ed esperienza medica.
Di strumentale s'è già detto.
Il termine **"obiettivo"** per lo Zingarelli è un aggettivo che rappresenta ciò che si "basa su comportamento imparziale, alieno da interessi personali, preconcetti". In termini medici "osservazione diretta del malato effettuando la palpazione, l'auscultazione e simili, al fine di accertare le condizioni fisiche".
È chiaro che l'interpretazione letterale circa la necessità di ricorrenza dei tre termini porterebbe a conclusioni simili a ▶

quelle indicate per l'art. 3/quater.
Per comprendere in dettaglio le problematiche interpretative medico legali del presente emendamento è necessario procedere con alcuni esempi.
Un trauma cervicale può esprimersi dal punto di vista obiettivo con una contrattura muscolare che è certamente evidenziabile clinicamente ma non necessita di accertamento strumentale perché, dal punto di vista terapeutico non vi è nessuna utilità a dimostrare, strumentalmente, ciò che clinicamente è lampante.
Esistono altresì delle malattie che si estrinsecano con delle alterazioni strumentali ma non sono rilevabili clinicamente o obiettivamente: un trauma cranico con microlesione encefalica che dà luogo ad un focolaio epilettogeno, produce sintomatologia di tipo temporale, non crisi generalizzate, che nessuno vede e solo il paziente riferisce.
Qui la patologia non è dimostrabile né clinicamente, né all'esame obiettivo: è solo dimostrabile strumentalmente attraverso un'alterazione dell'EEG: quindi l'interpretazione letterale della norma porterebbe ad escludere, paradossalmente, una patologia di questo tipo.
Ancora, vi è tutta la materia del danno psichico post traumatico "tabellato", che evidentemente non ha nessuna possibilità di dimostrazione strumentale, ma solo clinica. Analogamente tutte le lesioni sensoriali trovano normalmente esclusivo riscontro clinico e, ben difficilmente, tranne indagini estremamente complesse, possono avere corrispondente riscontro strumentale.
È evidente quindi che anche l'interpretazione letterale dell'art. 3/ter porterebbe ad escludere il risarcimento di numerosi danni biologici, prevedendo il riconoscimento esclusivo di danni alla persona con determinate caratteristiche di apprezzamento obiettivo (non solo clinico ma anche tassativamente strumentale), allorché, al contrario, la comune conoscenza scientifica e la corretta applicazione metodologica valutativa medico legale, consente di individuarne la reale sussistenza e quindi l'idonea risarcibilità: esclusione, quest'ultima, che non avverrebbe per motivi "scientifici" ma solo per una clausola normativa, contraria alla logica clinica e valutativa medico legale.
Diviene quindi evidente che anche il medico legale non può trovare nel dettato di Legge, o meglio nella sua lettura "letterale", un'indicazione precisa di comportamento. L'apprezzamento valutativo dovrà quindi seguire necessariamente gli stessi canoni imposti per la valutazione di qualsiasi tipo di danno e, a maggior ragione – seguendo l'attuale intento del Legislatore per le lesioni di lieve entità – con maggior rigore valutativo riguardo al concetto di prova.
Non potranno ritenersi assodati postumi a fronte di sintomatologia dolorosa puramente soggettiva, senza alcun riscontro obiettivo e clinico il cui unico mezzo di prova sono le lamentele del periziando.
Tuttavia, allorché la sintomatologia "dolorosa soggettiva" trovi riscontro in dati clinici obiettivi, purché scientificamente compatibili ed adeguatamente connessi ad evento lesivo secondo la usuale criteriologia valutativa medico legale, si dovrà ritenere ampiamente giustificata e motivata qualsiasi proposta valutativa consona con le tabelle di Legge allegate al Decreto 3.7.2003, tuttora in vigore, per le quali non è stato individuato alcun emendamento correttivo o limitativo.
Viceversa non potrà ritenersi provata una sintomatologia soggettiva "permanente" lamentata in esito di lesioni che, secondo il normale procedere degli eventi (id quod plaerumque accidit) conducono ad una guarigione completa.
In conclusione, tenuto conto della valenza probatoria di una adeguata indagine tecnica medico legale, si deve ritenere che eventi traumatici significativi, accertati clinicamente in sede autorevole, nell'immediatezza o quasi dell'evento, tali da aver imposto adeguati trattamenti terapeutici, valutati dal medico legale nel contesto di meccanismi traumatici idonei, risulteranno – secondo le usuali esperienze valutative – sufficientemente probanti di lesioni suscettibili di successivo riscontro di postumi biologici permanenti, indipendentemente da individuazione, spesso impossibile, di riscontri strumentali (per fare un ultimo esempio una lieve distorsione articolare delle dita delle mani o del polso o della caviglia, ecc. che si esprimono con manifestazioni cliniche evidenti, ma spesso difficilmente documentabili strumentalmente ovvero non documentate strumentalmente in quanto inutili ai fini terapeutici, può determinare maggiori danni biologici permanenti rispetto ad una semplice lesione fratturativa diafisaria ossea, radiograficamente documentabile).
In attesa di ulteriori incontri ed approfondimenti sull'argomento, il Consiglio della Società Medico Legale del Triveneto è del parere che si debba operare un'interpretazione degli articoli che tenga conto della ratio del dettato di Legge, e non della semplice lettura dei termini del dettato stesso, obiettivamente difficile e controversa, valutando in maniera distinta e con maggior dettaglio caso per caso, con apprezzamento di qualsiasi elemento probatorio clinico o strumentale (**indagini, quindi alternative e non in simbiosi**), rispetto all'evento di interesse risarcitorio.
Il Legislatore con l'emendamento 3/ter – anche se, letteralmente, di difficile, se non impossibile interpretazione ed apparentemente contraddittorio con 3/quater – ha voluto comunque porre definitivamente a carico del medico legale esperto e competente il compito di esaminare con serietà e precisione tutti gli elementi di prova prima di definire il danno biologico permanente.
In tal senso si deve ragionevolmente ritenere, che il riscontro "strumentale" rappresenti inevitabilmente elemento **"sussidiario"** rispetto a quello clinico, onde evitare l'impossibilità di risarcire gran parte di lesioni di lieve entità "reali", ma strumentalmente indimostrabili.
Quindi un richiamo tassativo da parte del Legislatore a riprendere un modo di comportamento ampiamente già previsto dal Codice, e cioè rigore valutativo nei confronti del concetto di prova di danno risarcibile. Rigore valutativo sul concetto di prova al quale il recente dettato di Legge , al di fuori di ogni dubbio, chiaramente richiama.
Al riguardo è auspicabile, se non anche "inderogabile" che il Medico Legale – in osservanza agli articoli 4 e 62 del Codice Deontologico – si esprima sul punto con atteggiamento di totale asetticità nell'equidistanza tra le parti di fatto contendenti in queste fattispecie, al fine di giungere ad individuare una metodologia, o meglio ribadire la validità di una corretta metodologia medico legale, evitando posizioni che da un lato o dall'altro possano risultare **in contrasto con la realtà biologica e la scientificità**.

Dott. Enrico Pedoja – Segretario SMLT

NOTE SULLA LEGGE 24 MARZO 2012 N. 27

dell'avvocato Stefano Geraci

NESSUN MUTAMENTO DEI CRITERI DI VALUTAZIONE DEI DANNI DI LIEVE ENTITÀ IN MEDICINA LEGALE IN MATERIA DI R.C. AUTO

La definizione di danno biologico di cui al primo comma dell'art. 139 del codice delle assicurazioni non è stata modificata in alcun modo. Esso dunque resta definito come 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".

Se non è cambiata la definizione di danno biologico **rimane sempre compito del medico legale accertare la eventuale esistenza di un danno permanente e/o temporaneo quale esito di una lesione alla integrità psicofisica del soggetto leso.**

Quindi non è stata introdotta nessuna norma tale da costringere i medici legali ad utilizzare criteri difformi rispetto a quelli attualmente in uso.

ERRATA FORMULAZIONE DELLA NORMA

Innanzitutto è sbagliata la tecnica di redazione della legge che ha generato una norma priva di valore precettivo. Infatti la dicitura "in ogni caso" ha valore ricognitivo del quadro generale normativo preesistente e non permette di far discendere dalle parole che la seguono alcuna modifica sostanziale di quel quadro.

Ma vi è di piu: la norma è priva di senso anche nel suo significato tecnico letterale dal momento che, ovviamente **non è "la lesione"** che "da luogo a risarcimento per danno biologico permanente", **bensi gli esiti**, la cui valutazione è sempre demandata alla preparazione del medico legale.

È dunque sbagliato ed insensato il riferimento che compare nel testo alla "lesione di lieve entità" intesa come evento che dà luogo a danno biologico permanente,a meno che, stravolgendo il testo della norma, si intenda per lesione di lieve entità il postumo della stessa.

CONFUSIONE TRA CONCETTO DI "LESIONE DI LIEVE ENTITÀ" E "DANNO PERMANENTE DI LIEVE ENTITÀ"

Ma anche cosi la norma non si tiene in piedi: per valutare se la lesione,(avrebbero dovuto invece scrivere "i postumi invalidanti") è "lieve", occorre provvedere ad accertarne esistenza ed entità e quindi secondo il legislatore dovrebbe accadere che il medico legale debba comunque adoperarsi per accertare l'esistenza di postumi (al fine, appunto di accertare se siano o no di lieve entità).

Sempre il medico legale dovrebbe, in successivo momento logico della propria attività valutativa, chiarire se quei postumi di lieve entità (ipotesi 2%) che il legislatore chiama "lesioni di lieve entità" siano o meno suscettibili di "accertamento clinico strumentale obiettivo".

E cosi si per successive approssimazioni si arriva ad una ulteriore criticità, vale a dire cosa debba intendersi per "accertamento clinico strumentale obiettivo" oltre che, problema non da poco, se il fantomatico accertamento debba essere relativo alla "lesione" o ai "postumi".

Ci si limita ad osservare che se il legislatore avesse voluto, in ammissibilmente, subordinare il "riconoscimento" di postumi risarcibili al riscontro strumentale, non avrebbe scritto le parole **"accertamento clinico"** / art.3-ter) né le parole "- - - - riscontro medico–legale da cui risulti **visivamente** l'esistenza della lesione". (art.3-quates)

In conclusione premesso quanto sopra, il medico legale, se richiesto di un parere in materia di rc auto, in ipotesi di esiti di trauma del rachide, **non dovrà né potrà sostenere l'inesistenza di quei postumi che fino a ieri venivano pacificamente valutati** ma dovrà continuare ad operare con i medesimi criteri valutativi ante legge 27/ 2012 continuando a utilizzare **i barhemes del dpr 2003 (peraltro non aboliti dalla legge).**

CONSIDERAZIONI DI CARATTERE GIURIDICO

Poiché non esistono e non possono esistere nel sistema della responsabilità civile danni non risarcibili, tantomeno nell'ambito del danno alla persona che come il danno alla salute attiene a diritti tutelati costituzionalmente, è evidente che il disposto del comma 3-ter è destinato solo a indurre confusione interessata.

Anche perché la norma viene poi smentita dal 3- quater che demenda il risarcimento del "danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n.209" al " **riscontro medico legale da cui risulti visivamente** o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione".

E qui non possono esserci dubbi sulla interpretazione della norma: **il riscontro medico legale è atto proprio dello specialista** che visivamente, cioè a seguito di indagine obiettiva ed in osservanza alla criteriologia causale, accerta la eventuale presenza di un danno biologico inteso secondo la immutata definizione del numero 2 del 139, come *"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"*.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Le norme introdotte, non potranno certo incidere sul regime della prova della sussistenza del danno biologico.

È essenziale qui richiamare la sentenza della Corte della Cassazione a Sezioni Unite dell'11 novembre 2008, n. 26972 la quale ha chiarito che "per quanto concerne i mezzi di prova, per il danno biologico la vigente normativa (artt. 138 e 139 DLgs n. 209/2005) richiede l'accertamento medico-legale …**ma la norma non lo eleva a strumento esclusivo e necessario.** Cosi come è nei poteri del giudice disattendere,emotivamente, le opinioni del consulente tecnico, del pari il giudice potrà non disporre l'accertamento medico-legale ….superfluo e porre a fondamento della sua decisione tutti gli altri elementi utili acquisiti al processo (documenti, testimonianze), avvalersi delle nozioni di comune esperienza e delle presunzioni".

Non pare francamente possibile che il legislatore abbia voluto ▶

introdurre **norme che vincolano il Giudice** a disporre accertamenti medico legali ai quali questi sia obbligato ad attenersi, ne che si sia inteso modificare i criteri medico-legali, essendo peraltro immutati i barhemes del dpr 2003 che prevede i parametri valutativi per le micro permanenti (si ribadisce, non abrogati dalla L. 28/03/2012 n. 27).
Non pare neanche che le nuove norme introdotte possano incidere in maniera sostanziale sul concetto di danno biologico risarcibile modificandone in senso restrittivo l'area, dal momento che una loro applicazione in questo senso determinerebbe un ulteriore macroscopico disallineamento tra il sistema risarcitorio del danno alla persona in generale e le previsioni in materia di RC auto, notoriamente penalizzanti per il danneggiato e che pertanto risulterebbe costituzionalmente illegittimo con riferimento all'art.3.
Una lettura delle norme portate dal 3 ter e 3 quater che non le riconduca al significato che meglio pare loro competere, è cioè quello di norme "manifesto", porterebbe a inammissibili esclusioni risarcitorie per una serie di danni per loro natura non strumentalmente accertabili, si pensi non solo ai vituperati "rachidi", ma anche alla sfera del danno psichico.
Ulteriori limitazioni che dovessero essere imposte ai diritti dei danneggiati, già costretti tra sistemi tabellari penalizzanti, quali quelle in ipotesi attuate mediante questo confuso tentativo di introdurre inammissibili franchigie risarcitorie, rischiano di far crollare la tenuta costituzionale del sistema che appare sempre più estraneo all'esigenza per cui era sorto, e cioè quella di garantire, sempre e comunque, la piena tutela dei danneggiati.

Avv. Stefano Geraci -Foro di Palermo

Il Sole 24 ORE
Notizie | Economia | Norme e Tributi | Finanza | Commenti&Inchieste | Tecnologie | Cultura-Domenica
Diritto 24 | Banche dati | Periodici | Libri | Formazione | Software
Guida al Diritto | LEX 24

Sinistri, stop ai risarcimenti per il "colpo di frusta" se manca l'accertamento "strumentale"

Monta la rabbia degli avvocati (*dei patrocinatori stragiudiziali e delle vittime della strada –ndr*) che parlano di "interpretazioni inammissibili" da parte di alcune assicurazioni della nuova normativa sull'accertamento del danno biologico che per le "lesioni di lieve entità" subordina il risarcimento ad un "accertamento clinico strumentale obiettivo". La modifica legislativa, intervenuta a seguito dell'approvazione dell'articolo 32 della legge 27/2012 che ai commi 3 ter e 3 quater, infatti, dispone in materia di danno alla persona integrando l'articolo 139 del Codice delle Assicurazioni. L'intervento di Filippo Martini fa il punto sulle novità

di **Filippo Martini**

Le difficoltà interpretative - Su questo punto, non crediamo che la legge possa essere disattesa e diversamente interpretata. Semmai diviene difficile comprendere il raccordo tra il nuovo comma 2 dell'articolo 139 del codice delle assicurazioni e il comma 3-quater dell'articolo 32 del Dl 1/2012 come convertito dalla legge 27/2012 che, diversamente dal comma precedente, dispone che il "danno alla persona" da microlesione è risarcito solo «a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza di una lesione».

Nella prima disposizione, dunque, il danno biologico è risarcito solo in presenza di un accertamento clinico strumentale obiettivo, mentre nella seconda il medico legale (figura non contemplata dal precedente comma) può valutare strumentalmente ma anche"visivamente" la sussistenza della lesione.

Onde evitare che una norma apparentemente contraddittoria, che va a incidere su un corpo normativo già complesso, possa costituire causa di conflitti da risolvere poi nella sede contenziosa, occorre cercare una soluzione interpretativa che sia il più possibile conforme alla ratio legis.

Valgano, dunque, queste nostre preliminari valutazioni. I due commi appaiono essere in contraddizione terminologica. Da una parte, infatti, si condiziona la risarcibilità del danno biologico all'accertamento strumentale obiettivo, mentre, dall'altra, si condiziona il ristoro del danno alla persona a un riscontro medico legale visivo o strumentale.

L'unico modo per leggere di concerto le due norme, avendo a parametro la ratio legis alla quale la normativa palesemente si ispira, è, a nostro giudizio, quello di ritenere che il comma 3-ter - integrando il comma 2 dell'articolo 139 del codice delle assicurazioni, faccia riferimento esclusivamente alla liquidazione del danno biologico tabellato, da ultimo dal Dm 17 giugno 2011, per la cui liquidazione dunque diverrà preclusiva l'assenza di una obiettività certificata da referti diagnostici.

Il comma 3-quater, invece, attiene alla liquidazione del «danno non patrimoniale», secondo l'accezione normativa e giurisprudenziale più ampia e comprensiva anche di voci - come il danno biologico da temporanea - non limitate dal testo del comma precedente nelle modalità di accertamento.

Così stando le cose, a nostro giudizio, per le lesioni di lieve entità conseguenti a sinistri stradali (tra le quali rientra in gran numero la statistica del cosiddetto "colpo di frusta"), in assenza di accertamenti obiettivi strumentali presentati al medico legale demandato all'accertamento del danno, non potrà essere risarcito il valore tabellare (e anche il suo accrescimento massimo del 20% legato alle condizioni soggettive della vittima ex comma 3 dell'articolo 139 stesso), ma solo, se accertata almeno visivamente, l'inabilità temporanea.

Questo sembra essere, in effetti, anche l'orientamento interpretativo proposto dall'Isvap nella comunicazione resa alle imprese di assicurazione e al mercato del 19 aprile 2012 (si veda per il testo della lettera pagina 19) ove l'autorità interviene rilevando l'esigenza di fornire al mercato un chiarimento circa l'apparente discrasia tra le due norme che presentano un campo di applicazione comune, ma sembrano contenere profili contraddittori.

Premesso che – come è secondo il nostro orientamento – le norme dovranno ritenersi entrate in vigore il 25 marzo 2012 e cogenti per tutti i sinistri non ancora liquidati e valutati a quella data, l'Isvap precisa, sul piano del possibile conflitto interpretativo tra i due commi che: «la lettura combinata e sistematica delle due disposizioni porta a ritenere che soltanto il danno biologico permanente - cioè i postumi invalidanti conseguenti alla lesione - per poter dar luogo a risarcimento debba essere stato valutato dal medico legale attraverso un accertamento clinico strumentale obiettivo.

Il danno biologico temporaneo, cioè i giorni di inabilità temporanea assoluta o relativa conseguenti all'evento lesivo, potrà invece essere accertato dal medico legale sia visivamente che strumentalmente». Tale orientamento, conclude l'Ente pubblico, sarebbe ancor più avvalorato dalla considerazione che «un evento lesivo può dar luogo a un danno biologico temporaneo, ma non necessariamente a un danno biologico permanente (articolo 139: «per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico- relazionali della vita del danneggiato...»). Infatti, mentre il comma 3-ter esclude il risarcimento del danno biologico "permanente" nel caso in cui le lesioni non siano suscettibili di «accertamento clinico strumentale obiettivo», il comma 3-quater ammette il risarcimento (senza specificare se a titolo di danno biologico permanente o temporaneo) qualora vi sia un riscontro medico.

(l'intero dossier su Guida al Diritto 20/2012)

GENERALI Business Solutions

Servizi Liquidazione Danni del Gruppo Generali

OGGETTO:
NOTA DI INDIRIZZO RELATIVA AI PRIMI DUE COMMI DELL'ART. 139 DEL CODICE DELLE ASSICURAZIONI, CON LE MODIFICHE APPROVATE DAL SENATO IN SEDE DI CONVERSIONE DEL DL. LIBERALIZZAZIONI.

A seguito dell'iter parlamentare di conversione in legge del cd 'Decreto Liberalizzazioni', i primi 2 commi dell'art. 139 del codice delle Assicurazioni risulta definitivamente modificato come segue:

Art. 139.
(Danno biologico per lesioni di lieve entità)

I. *Il risarcimento del danno biologico per lesioni di lieve entità, derivanti da sinistri conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, è effettuato,* **solo a seguito di riscontro medico-legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione**, *secondo i criteri e le misure seguenti:*

a) a titolo di danno biologico permanente, è 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 è 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 è pari ad euro seicentosettantaquattro virgola settantotto;

b) a titolo di danno biologico temporaneo, è 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.

II. *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.* In ogni caso, le lesioni di lieve entità, **che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente.**

Sulla base della predetta formulazione, secondo rigore lessicale, il risarcimento del danno sarebbe previsto solo per quelle lesioni che siano visivamente o strumentalmente accertabili.

Un'applicazione rigorosa del dispositivo comporta pertanto che siano prive di effetti risarcitori tutte le conseguenze di lesioni non strumentalmente accertate.

Sede Secondaria - Area Liquidazione: Viale della Liberazione 10 - 20124 Milano - tel. 02 67 160 711 - fax 02 67 160 041

Generali Business Solutions S.C.p.A. - Sede Legale: Via Machiavelli 4 - 34132 Trieste
Capitale Sociale € 8.000.000 i.v. - Registro Imprese e Codice Fiscale 07033760013 - Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto al numero 026 dell'albo dei gruppi assicurativi e soggetta alla direzione e coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.

GENERALI Business Solutions

Servizi Liquidazione Danni del Gruppo Generali

Si premette che il provvedimento normativo non esclude la completa risarcibilità di qualsiasi forma di danno anche minimale: è solo il danno biologico permanente che subisce le più rilevanti variazioni (sia sul piano accertativo che della stima valutativa nel suo complesso).

Rimane di contro invariata la necessità del corretto riconoscimento dell'inabilità temporanea (frazionata secondo i noti criteri di progressiva riduzione) e delle spese mediche rispetto alle quali vi è, ora più che mai, la necessità da parte del medico fiduciario di un corretto giudizio valutativo di congruenza e congruità.
A tal riguardo, si richiama l'attenzione dei medici a verificare, dandone atto, che le spese mediche da ammettersi al rimborso (segnatamente per accertamenti clinici, strumentali ed altro) siano correttamente prescritte per finalità cliniche, eseguite da personale qualificato per poterle erogare ed in strutture preposte all'erogazioni, eseguite nel periodo di temporanea riconosciuto e conformi alle regolarità fiscali.

Pur trattandosi di una fase rapidamente evolutiva, al fine di sostenere una virtuosa applicazione della norma, si richiede ai medici fiduciari, nel rilasciare l'elaborato peritale al liquidatore trattante, la massima puntualità e accuratezza rispetto alle seguenti variabili:

- descrizione delle soggettività lamentate dal danneggiato
- precisazione nosografica dell'epicrisi valutativa medicolegale che ne permetta una immediata valutazione di congruenza rispetto al dettato codicistico
- elencazione dei rilievi e delle indagini strumentali comprovanti la lesione e la menomazione
- valutazione critica circa l'attendibilità e la congruenza clinica delle indagini strumentali prodotte dal danneggiato
- il medico provvederà ad esprimere direttamente la valutazione conclusiva sulla base dei soli elementi prodotti ed in piena aderenza al dettato codicistico recentemente modificato.

Si richiama infine la necessità che ogni elaborato riporti in chiusura una chiara "diagnosi medico-legale", che qualifichi come tali gli esiti unicamente soggettivi o, al contrario, indichi che i postumi riconosciuti soddisfano il requisito di legge dell'accertamento clinico strumentale obiettivo.

A tal riguardo ci si riserva di far seguito alla presente con ulteriori comunicazioni, raccomandazioni e linee operative che permettano la massima rispondenza del percorso liquidativo alle recenti disposizioni di Legge.

Gestione Fiduciari
Milano, 26 marzo 2012

Sede Secondaria - Area Liquidazione: Viale della Liberazione 18 - 20124 Milano - tel. 02 67 160 711 - fax 02 67 160 041

Generali Business Solutions S.C.p.A. - Sede Legale: Via Machiavelli 4 - 34132 Trieste
Capitale Sociale € 8.000.000 i.v. - Registro Imprese e Codice Fiscale 07033760013 - Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto al numero 026 dell'albo dei gruppi assicurativi e soggetta alla direzione e coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.

ANIA
Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici

Direzione Auto, Consumatori, Distribuzione e Servizi Informatici

Prot. 0122 Comunicazione
Ass. Auto
Ass. Vita
Consumatori
Distribuzione
Legale

Roma, 27 Marzo 2012

A TUTTE LE IMPRESE

Legge 24 marzo 2012, n. 27, di conversione, con modificazioni, del decreto legge 24 gennaio 2012, n. 1 - Liberalizzazioni. - Norme in materia di assicurazione r.c. auto, di intermediazione assicurativa e di tutela dei consumatori.

Nella Gazzetta Ufficiale n. 71 del 24 marzo 2012, S.O. n. 53, è stata pubblicata la legge 24 marzo 2012 n. 27, di conversione, con modificazioni, del decreto legge 24 gennaio 2012, n.1, recante "Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività" (allegato 1).

La legge di conversione ha apportato notevoli modifiche al testo originario del decreto legge, soprattutto con riferimento all'assicurazione r.c. auto.

In estrema sintesi, le novità di maggior rilievo riguardano l'introduzione di una norma diretta a contrastare le speculazioni oggi diffuse sulle lesioni fisiche lievissime, la soppressione della facoltà per le imprese di offrire il risarcimento in forma specifica dei danni alle cose, la riduzione a due giorni lavorativi del termine di messa a disposizione delle cose per l'ispezione peritale, nuove e più onerose condizioni per l'offerta di polizze abbinate all'installazione di "scatole nere", la riduzione della sanzione per inadempimento dell'obbligo di confronto tariffario, l'attribuzione all'ISVAP della potestà di fissare i limiti dei forfait compensativi applicabili nel sistema di risarcimento diretto – secondo nuovi criteri che tengano conto dell'efficienza liquidativa e del contrasto alle frodi – e due previsioni in materia di tariffe r.c. auto la cui portata va inquadrata alla luce delle sovraordinate regole di fonte comunitaria in materia di libertà tariffaria.
Si segnalano inoltre una nuova formulazione della disposizione relativa alle assicurazioni sulla vita connesse all'erogazione di mutui immobiliari e di credito al consumo e varie modifiche alle disposizioni in materia di contrasto alle frodi, alle falsificazioni dei documenti assicurativi e all'inadempimento dell'obbligo ad assicurarsi per la r.c. auto, nonché alle norme sulla "dematerializzazione" dei certificati, contrassegni e attestati di rischio e, infine, una previsione che obbliga le imprese a indennizzare il danno derivante da furto o incendio di un autoveicolo assicurato a prescindere dal rilascio da parte dell'Autorità giudiziaria del certificato di chiusura dell'istruttoria.

In sede di conversione sono state inserite nuove potestà regolamentari in capo all'ISVAP, subordinando l'entrata in vigore di alcune disposizioni all'emanazione dei relativi regolamenti.

Nel trasmettere in allegato il testo della legge di conversione del decreto legge, di seguito si fornisce un primo commento sulle disposizioni di nostro interesse, con indicazione della relativa entrata in vigore.

./.

1. Assicurazione r.c. auto

1.1. Risarcimento diretto – Forfait – Attribuzione di competenze all'ISVAP

All'articolo 29

…Omissis…

Quanto infine alle conseguenze della mancata messa a disposizione delle cose danneggiate o della loro riparazione prima dello spirare del termine indicato dal danneggiato (in questi casi l'impresa farà le proprie valutazioni sull'entità del danno solo previa presentazione di fattura che attesti gli interventi riparativi effettuati) si segnala che in ogni caso, ai sensi dell'ultimo periodo del comma 1 dell'articolo 148, resta comunque fermo il diritto del danneggiato al risarcimento anche qualora ritenga di non procedere alla riparazione, senza quindi neppure dover esibire una fattura che dimostri le riparazioni da effettuare.

Le norme appena commentate sono entrate in vigore il 26 marzo 2012.

1.6. Risarcimento delle lesioni di lieve entità condizionato ad accertamenti medico legali condotti in modo scientifico e obiettivo

Si tratta della novità più importante inserita in sede di conversione del decreto legge che agisce in modo diretto su uno dei principali fattori di costo del sistema, con l'obiettivo di disinnescare l'anomalia tutta italiana dell'incidenza abnorme di danni lievissimi alla persona derivanti da sinistri stradali.

Ferma la chiarezza dell'intento, la tecnica legislativa impiegata rende faticosa la lettura dell'intervento normativo, in quanto la materia è regolata dall'articolo 32 in due commi, il *3-ter* e il *3-quater*, che, nello stabilire le condizioni di risarcibilità delle lesioni alla persona di lieve entità, in un caso si riferisce alla sottocategoria del danno biologico permanente e nell'altro alla categoria omnicomprensiva del danno alla persona.

In particolare, il comma 3-ter apporta un'integrazione all'articolo 139, comma 2 del Codice delle assicurazioni. Si ricorda che il comma 2 dell'articolo 139 si articola in due lettere che regolano, rispettivamente, i criteri per la liquidazione del danno biologico permanente e quelli per la liquidazione del danno biologico temporaneo.

L'aggiunta del periodo recato dal comma 3-ter dell'articolo 32, a prescindere dalla sua collocazione all'interno dell'articolo 139, comma 2, CdA, comporta che *"in ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente"*.

Il comma 3-quater dell'articolo 32, con formulazione di portata più ampia e assorbente rispetto alla precedente, stabilisce che *"il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo139 del Codice delle assicurazioni... è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione"*.

La norma in questione è diretta infatti a esprimere una regola di portata generale, ma con effetti dispositivi specifici, circa la non configurabilità di un danno alla persona di lieve entità, in tutte le sue componenti, in assenza di un riscontro medico legale che consenta, a seconda dei tipi di lesione, una constatazione visiva o un accertamento assistito da esame strumentale della lesione lamentata dal danneggiato.

Laddove per constatazione visiva deve intendersi un'osservazione obiettiva, senza necessità di conferma strumentale, da cui risulti l'esistenza di una lesione, come è possibile nel caso, ad esempio, delle escoriazioni, delle ferite, delle contusioni, degli ematomi, delle tumefazioni o delle amputazioni. Mentre, per apprezzabilità della lesione attraverso accertamenti strumentali, ci si riferisce a quelle indagini (radiografia, ecografia, esame elettromiografico, etc.) che documentano oggettivamente l'esistenza della lesione.

Ne deriva che, ai sensi del comma *3-quater*, non risulterà possibile configurare una lesione in presenza solo di riferiti disturbi soggettivi. Inoltre, poiché la norma, in assenza di riscontri condotti sulla base di criteri di assoluto rigore scientifico, esclude la sussistenza di un danno alla persona, non risulteranno risarcibili, conseguentemente, neppure l'inabilità temporanea e le spese mediche di cura.

Le due disposizioni, entrate in vigore il 26 marzo 2012, si applicano a tutte le situazioni pendenti alla data in questione, a prescindere dal momento in cui si è verificato il fatto generatore dell'evento.

1.7. Obbligo di confronto tariffario

L'articolo 34 è stato confermato

…Omissis…

IL DIRETTORE
V. Verdone

Egregio Dottore,
in allegato le indicazioni della Compagnia relativa alla Legge in oggetto.
Restiamo a disposizione per qualsiasi chiarimento.

Sviluppo tecnico, CFR, Fiduciari e carrozzerie
AXA Assicurazioni e Investimenti
15, vi G. Leopardi – Milano, Italia

A tutti i Medici Fiduciari

Oggetto:
legge 24 marzo 2012, n. 27, di conversione del decreto legge "liberalizzazioni" 24 gennaio 2012, n.1. – Risarcimento delle lesioni di lieve entità.

Gentile Dottore,
come Le sarà certamente noto, la recente legge di conversione del cd decreto legge "liberalizzazioni" ha introdotto alcune modifiche del testo originale che coinvolgono in modo molto significativo la gestione dei sinistri con lesioni RCA.

Ci riferiamo in particolare alle normativa sul risarcimento del danno alla persona di lieve entità, per il quale viene stabilito che:

- *"le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente"*
- *"il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo139 del Codice delle assicurazioni... è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentamente accertata l''esistenza della lesione"*

Al di là della sua complessa articolazione, la normativa in questione:

- stabilisce la **non configurabilità di un danno alla persona in assenza di un riscontro medico legale** che consenta, a seconda dei tipi di lesione, una constatazione visiva o un accertamento strumentale della lesione lamentata dal danneggiato
- comprende in questa previsione di non configurabilità **sia l'invalidità permanente che l'inabilità temporanea**

Evidentemente, questa significativa innovazione del contesto legale conferma e, se possibile, accresce, il ruolo del fiduciario medico nella corretta valutazione della risarcibilità delle lesioni lamentate.
Ci preme, quindi, sottolineare questi aspetti operativi:

- l'apprezzamento medico legale sia dell'invalidità permanente che dell'inabilità temporanea dovrà essere basato sull'attenta verifica dell'esistenza di elementi oggettivi a supporto, **in assenza dei quali**, coerentemente con il disposto normativo, **non si darà luogo alla valutazione di postumi o di periodi di inabilità**
- analogamente, **l'assenza di un riscontro** obiettivo o strumentale renderà **non risarcibili spese mediche di cura**
- poiché la legge di conversione non ha fissato criteri speciali per l'entrata in vigore, **questi principi trovano applicazione per tutti i casi in essere** a prescindere dalla data di loro accadimento, e costituiscono il riferimento nell'espletamento di tutti gli incarichi non ancora evasi, oltre che, ovviamente, di quelli futuri.

L'Ufficio gestione fiduciari, insieme alla rete di liquidazione, è a Sua disposizione per tutti i chiarimenti che ritenesse necessari Siamo certi di poter contare sulla sua piena collaborazione e la salutiamo cordialmente.

Milano, 2 aprile 2012

Vittoria Assicurazioni

Milano, 3 aprile 2012

Oggetto:
considerazioni e linee guida relative alle modifiche apportate all'art. 139 del Codice delle Assicurazioni

Gentilissimo dottore,
Le scrivo queste righe per condividere con Lei alcune riflessioni alle modifiche apportate all'art. 139 del Codice delle Assicurazioni, indicandole di seguito le linee guida che vorrà seguire nella valutazione delle lesioni.
Vittoria è compagnia nota per la sua correttezza, non vuole assolutamente penalizzare l'utenza, vuole pagare il giusto e non alimentare speculazioni, perfettamente allineata alle recenti disposizioni di legge ed allo spirito dell'Indennizzo Diretto. La novella della legge non fa altro che rafforzare quanto avevamo con voi già condiviso circa tre anni fa, è la continuazione di un percorso di lotta civile contro la speculazione imperante che danneggia tutti gli utenti onesti.
La Legge 24 marzo 2012 n. 27 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 24/03 u.s. (di conversione, con modificazioni, del decreto legge 24 gennaio 2012 n.1, recante disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività), introduce importanti novità alla disciplina del Danno biologico per le lesioni di lieve entità, di cui all'art. 139 del Codice delle Assicurazioni.
La legge stabilisce **al comma 1** del 139 : "*Il danno alla persona per le lesioni di lieve entità di cui all'art. 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209,* ***è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione."***
Al comma 2 precisa che : "*In ogni caso le* ***lesioni di lieve entità,*** *che* ***non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente."***
Sulla base della predetta formulazione, secondo rigore lessicale, il risarcimento del danno sarebbe previsto solo per quelle lievi lesioni che siano visivamente o strumentalmente accertabili. **Ne consegue che tutte le lesioni non strumentalmente accertate o non strumentalmente accertabili non sono risarcibili.**
Tuttavia il provvedimento normativo non esclude la risarcibilità della invalidità temporanea per forme di danno anche lievi: è solo il danno biologico permanente che subisce le più rilevanti variazioni.
Rimane invariata **l'assoluta necessità**:

- della corretta quantificazione **dell'inabilità temporanea** in modo **coerente con la consistenza della lesione**, frazionata secondo i noti criteri di progressiva riduzione,
- della verifica di **risarcibilità delle spese mediche**, rispetto alle quali vi è la necessità da parte del medico fiduciario di un **giudizio valutativo di congruenza con la lesione e conseguente congruità economica della spesa richiesta, si tratta di voce di danno altamente soggetta a speculazione e falsificazione.**

È di fondamentale importanza che il nostro fiduciario certifichi che le spese mediche da ammettersi a rimborso abbiano le seguenti caratteristiche:

- correttamente **prescritte per finalità cliniche**
- eseguite da **personale qualificato** per poterle erogare
- **effettuate in strutture preposte**
- eseguite **solo nel periodo di temporanea riconosciuto**
- **conformi alle regolarità fiscali**

Il Fiduciario, al fine di sostenere una virtuosa applicazione della norma, dovrà completare la perizia con la massima puntualità ed accuratezza rispetto alle seguenti variabili:

- descrizione **completa delle soggettività** lamentate dal danneggiato
- **precisazione nosografica dell'epicrisi valutativa medicolegale** che ne permetta una immediata valutazione di congruenza rispetto al dettato codicistico
- **elencazione dei rilievi e delle indagini strumentali** e la **congruenza clinica** delle indagini strumentali prodotte
- la valutazione conclusiva del medico sarà redatta sulla base dei soli elementi prodotti ed in piena aderenza al dettato codicistico recentemente modificato.

È necessario che ogni perizia riporti in chiusura una chiara diagnosi medico-legale che metta in evidenza come gli esiti soddisfino i requisiti di legge dell'accertamento clinico strumentale obiettivo.
Con i migliori saluti

Vittoria Assicurazioni S.p.A.
Maurizio Maticelli – Direttore Sinistri

REALE MUTUA ASSICURAZIONI

Comunicazione ai Fiduciari medico-legali

Oggetto:
Nuovi criteri legislativi per l'accertamento medico legale delle lesioni di lieve entità

Gentile Dottoressa, Egregio Dottore,

È stato pubblicato nel Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 71 del 24 marzo 2012, **il testo del Decreto Legge 24 gennaio 2012, n. 1, cosiddetto Decreto Liberalizzazioni, coordinato con la legge di conversione 24 marzo 2012, n. 27, recante *"Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività"*.**

La legge di conversione contiene significative modificazioni rispetto al decreto originario, con ricadute rilevanti soprattutto in ambito R.C. Auto.
Di particolare interesse per la nostra attività è la disposizione introdotta dal commi 3-ter e 3-quater, che apporta un'integrazione all'articolo 139, secondo comma, del Codice delle assicurazioni, in ordine alla **non configurabilità di un danno alla persona di lieve entità in assenza di un riscontro medico legale**.

Inoltre, a seguito alla modifica del comma 3-ter dell'articolo 32, è stabilito il principio che *"in ogni caso, le lesioni di lieve entità che non siano suscettibili di **accertamento clinico strumentale obiettivo**, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente"* e, in forza del comma 3-quater, che *"il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo 139 del Codice delle assicurazioni ... è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti **visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione**"*.

Pertanto, in ossequio al nuovo disposto legislativo, la Direzione Sinistri del **Gruppo Reale Mutua** ha stabilito le seguenti nuove linee guida da adottare nella liquidazione delle microlesioni:

1. non è configurabile una lesione di lieve entità in presenza unicamente di un riferito disturbo soggettivo del leso;
2. per la configurabilità di una lesione di lieve entità il riscontro medico legale deve basarsi, a seconda della tipologia lesiva indagata, su:
   a) una **constatazione visiva** che non necessiti di conferma strumentale, come è possibile, ad esempio, in presenza di escoriazione, ferita, ematoma;
   b) un **accertamento strumentale** che documenti in modo oggettivo la lesione, quale a titolo esemplificativo radiografia, ecografia, risonanza magnetica.
3. In caso di assenza di prova della lesione non sarà risarcibile l'invalidità permanente biologica e – di conseguenza – non saranno risarcibili neanche l'inabilità temporanea e le spese mediche e per riabilitazione.

Le disposizioni legislative sono entrate in vigore il **25 marzo 2012** e sono applicabili a tutte le pratiche pendenti a quella data, a prescindere dal momento nel quale si è verificato l'evento dannoso denunciato.

Nell'attesa di ritornare sull'argomento con aggiornamenti e approfondimenti sui requisiti minimi per l'accertamento strumentale delle lesioni, **Vi invitiamo a riportare nelle relazioni peritali, sempre ed in modo esplicito, il criterio seguito per la valutazione delle lesioni** (se visivo, indicare quale tipo di lesione è stata rilevata; se strumentale, indicare quale tipo di indagine documenta oggettivamente la lesione).

Nel ringraziarVi per la sempre preziosa collaborazione, porgiamo i migliori saluti.

Torino, 3 aprile 2012

sara assicurazioni

Assicuratrice ufficiale
dell'Automobile Club d'Italia

sara

Gent.li Fiduciari,

richiamiamo l'attenzione sulle novità legislative introdotte dall'art. 32, commi 3 – ter e 3 - quater, della legge n. 27 del 2012 di conversione con modificazioni del decreto legge n. 1 del 21012., pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 71 del 24 marzo 2012, entrate in vigore dal 26 marzo.

Le norme citate stabiliscono:
"3- ter. Al comma 2 dell'art 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: "in ogni caso, le lesioni di lieve entità che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dare luogo a risarcimento per danno biologico permanente".

"3-quater. Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'art. 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione".

Premesso che ci riserviamo di ritornare in argomento a seguito degli opportuni approfondimenti giuridici e medico legali che stiamo effettuando in Direzione, appare opportuno, fin da subito, evidenziare i seguenti aspetti:

- le norme di cui sopra si applicano alle liquidazioni effettuate a partire dal giorno dell'entrata in vigore della legge, quindi anche per i sinistri avvenuti prima di tale data;
- in base alla ratio e alle finalità perseguite dal legislatore, da ora in poi le lesioni di lieve entità risulteranno risarcibili sono in quanto oggettivamente riscontrabili sulla base di accertamenti clinici strumentali obiettivi o oggettivamente visibili;
- nel caso in cui l'applicazione delle nuove norme porti ad escludere l'esistenza di un danno biologico risarcibile, non saranno parimenti risarcibili l'inabilità temporanea e le spese mediche sostenute per curare tale danno biologico.

Per quanto sopra, diamo fin da subito indicazione di evidenziare nelle conclusioni delle relazioni medico legali da Voi effettuare per Sara Ass.ni, nel caso di visite di accertamento per lesioni di lieve entità non oggettivamente riscontrabili secondo i criteri sopra evidenziati, la dicitura "le conseguenze lamentate non risultano risarcibili a norma della legge n. 27/2012".

Un cordiale saluto.

Roma 3 aprile 2012 Albi Fiduciari

Sara Assicurazioni Spa
Sede legale: Via Po, 20, 00198 Roma
T +39 06 84 75 1 | F +39 06 84 75 223
Capitale sociale Euro 54.675.000 (i.v.)
Registro Imprese Roma e C.F. 00408780383

REA Roma n. 117033 P. IVA 00685091209.
Iscritta al numero 1.00018 nell'Albo
delle imprese assicurative. Capogruppo
del Gruppo assicurativo Sara, iscritto

all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 001.
Impresa autorizzata all'esercizio
delle assicurazioni con DMICA 26.8.1925
(G.U. del 31.8.1925 n. 201).

NOTA DI INDIRIZZO INERENTE LE MODIFICHE APPORTATE ALL'ART.139 DEL CODICE DELLE ASSICURAZIONI DALLA LEGGE 27/2012

La legge di conversione del cosiddetto "Decreto Liberalizzazioni" (D.L. 24 gennaio 2012 n° 1) approvata dalle Camere lo scorso 24 marzo 2012 (L. 27/2012) introduce nel nostro ordinamento alcune disposizioni di considerevole impatto sulla valutazione del danno alla persona e quindi sulla operatività dei medici legali.

L'ambito direttamente interessato dalle modifiche è quello delle lesioni di lieve entità, le c.d. "micro permanenti" così come definite dal Codice delle Assicurazioni all'art. 139, cioè quelle che comportano un **grado di invalidità permanente biologica non superiore al 9%** a seguito di sinistri derivanti dalla circolazione stradale e dei natanti.

Il testo approvato ha modificato la stesura originaria dell'art. 32 del D.L. 1/2012 aggiungendo dopo il comma 3 due ulteriori commi, il 3 *ter* ed il 3 *quater*.

3-ter. *Al comma 2 dell'art. 139 del Codice delle Assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n.209, è aggiunto il seguente periodo: "… In ogni caso,* ***le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo , non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente****".*

3-quater. *"…Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'art. 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n.209,* ***è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione****"*.

Le due disposizioni si applicano a tutte le pratiche pendenti alla data di entrata in vigore della legge a prescindere dal momento in cui si è verificato l'evento dannoso.

Ferma la chiarezza dell'intento del Legislatore, che ha evidentemente ravvisato la necessità e l'impellenza di un deciso contrasto al fenomeno delle truffe assicurative e dei tentativi di speculazione, le suddette norme **rilanciano il ruolo del medico legale e la sua peculiarità nell'accertamento del danno alla persona**, richiamando una volta di più l'attenzione:

- **sul recupero della metodologia scientifica nell'analisi del nesso causale e dell'idoneità lesiva nella causazione delle lesioni;**
- **sull'attenta verifica dell'esistenza della lesione-menomazione e dei suoi postumi.**

Alla luce del nuovo disposto legislativo, **il fiduciario, negli elaborati consegnati al liquidatore dovrà esprimersi sulle seguenti fattispecie:**

- La lesione di lieve entità è suscettibile di accertamento clinico strumentale obiettivo?

SI	NO

- Il riscontro medicolegale ha accertato visivamente o con conferma strumentale l'esistenza della lesione/menomazione?

SI	NO

Alcuni aspetti operativi:

1) Al fine di poter valutare in modo idoneo l'esistenza di lesioni (*rectius:* menomazioni) micro permanenti e di conseguenza impostare le trattative e l'eventuale contenzioso, **ogni fiduciario medico legale è invitato a delineare con chiarezza al termine della propria relazione l'esatta "diagnosi medico legale"**, precisando in modo comprensibile quali siano gli esiti esclusivamente soggettivi e, per converso, qualora ve ne fossero, quali siano i postumi riconosciuti che abbiano soddisfatto il requisito di legge dell'accertamento "visivo o strumentale", riportando sempre ed in modo esplicito nell'elaborato il criterio seguito per la valutazione delle lesioni (se visivo, indicando quale tipo di lesione sia stata rilevata; se strumentale, evidenziando quale tipo di indagine documenti la lesione/menomazione).

2) Il consulente medico legale assume primaria rilevanza grazie al suo apporto nella valutazione critica dell'attendibilità e congruenza clinica delle indagini strumentali prodotte dal danneggiato, **con esplicito suggerimento operativo al Liquidatore (da inserire nella relazione come nota riservata) nei casi in cui appaia necessario** (o anche solo opportuno) **procedere ad un diverso o rinnovato esame diagnostico strumentale presso altra struttura** che possa confermare o smentire le risultanze di quello già prodotto, qualora la sua genuinità appaia dubbia.

VEDI NOTA*

3) Analogo riferimento ai nuovi dettami legislativi saranno richiamati con vigore dal fiduciario, con effetto immediato, anche in sede giudiziale, **cioè in corso di CTU , con invito diretto al CTU, previa verbalizzazione, di tenere conto dei disposti normativi con specificazione della componente meramente soggettiva od anche obiettivamente accertata previe indagini strumentali o osservazione visiva.**

4) Necessario un forte richiamo ad una particolare attenzione ai **capitoli di spesa medica** da ammettere al rimborso. Le spese per lesioni dovranno essere valutate con rigore sia sulla prescrizione per esclusive finalità cliniche sia sui tempi di esecuzione delle prestazioni; le stesse saranno rimborsabili solo se eseguite nel periodo di stabilizzazione dei postumi. Dovrà essere, inoltre, valutata ai fini della risarcibilità delle spese mediche la qualifica del personale preposto all'erogazione delle terapie (strutture sanitarie autorizzate o personale sanitario abilitato ai sensi di legge). Infine si conferma l'indicazione ad **esprimere con un unico valore numerico il tasso di IP evitando l'uso della *"forbice"*.**

Trattandosi di una situazione in evoluzione, sarà nostra cura, anche in tempo brevi, tornare in argomento con approfondimenti.

L'Ufficio Fiduciari e il Consulente Medico Legale Centrale sono a disposizione per qualsiasi chiarimento necessario.

*** Rileggendo l'art. 146 del C.d.A. e il DM 191/2008 viene da chiedersi se sia legittima la richiesta avanzata da Cattolica ai medici legali di inserire nella relazione una"nota riservata".**
In caso di richiesta di accesso, la nota deve o no essere comunicata al richiedente?
In caso di omessa comunicazione, la compagnia incorre in una illegittima omissione?
Come può il danneggiato soddisfare appieno il suo diritto di accesso agli atti "tutti", anche a quelli di cui alle note riservate?

Groupama Assicurazioni

Oggetto:
Decreto Liberalizzazioni – Modifica dell'art. 139 del Codice delle Assicurazioni – Nuove linee guida operative in materia di liquidazione del danno biologico di lieve entità

Gentile Dottore,
come è noto, nella Gazzetta Ufficiale del 24 marzo 2012 n. 71 è stato pubblicato la Legge n. 27 del 24 marzo 2012 di conversione, con modificazioni, del Decreto Legge n. 1 del 24 gennaio 2012 (c.d. Decreto Liberalizzazioni), recante "Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività".
La normativa in esame, entrata in vigore dal 26 marzo 2012, ha apportato una rilevante modifica alla formulazione dell'art. 139 del Codice delle Assicurazioni, stabilendo quanto segue:

- al comma 2 dell'articolo 139 del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e` aggiunto, in fine, il seguente periodo: *"In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente".*
- all'articolo 139, comma 1, alinea, del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, dopo le parole: *"è effettuato" sono inserite le seguenti: "solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione".*

L'analisi del tenore letterale del nuovo dettato normativo evidenzia come l'intervento del legislatore sia finalizzato a disciplinare con assoluto rigore il fenomeno del risarcimento dei traumi di lieve entità, ponendo un argine alla liquidazione di lesioni caratterizzate da sintomatologia meramente soggettiva, nell'ottica di contemperare la presenza di due esigenze contrapposte: da un lato, il principio dell'integrale risarcimento del danno e, dall'altro, la necessità di pervenire a una efficiente e coerente allocazione dei costi risarcitori, che consenta il funzionamento del meccanismo assicurativo nel senso di apprestare una effettiva tutela sociale della massa dei danneggiati dalla circolazione stradale.
Posto quanto sopra, va rilevato che nel panorama delle c.d. micropermanenti è possibile individuare tipologie di traumi – quali le contusioni, le escoriazioni, le ecchimosi – che, per loro natura, non producono esiti strumentalmente accertabili. Per quanto riguarda altre lesioni – ad esempio il c.d. colpo di frusta – l'accertamento dell'eventuale e raro esito deve essere subordinato ad un assoluto rigore del procedere medico-legale che consideri l'efficienza lesiva del momento traumatico, l'attendibilità della storia clinico documentale, l'obiettivazione clinica e strumentale di postumi causalmente collegabili alla individuata ed elettiva natura post - traumatica.
Deve pertanto escludersi la sussistenza di postumi invalidanti in tutti quei casi che:

A) non sono suscettibili di accertamento in linea oggettiva;
B) sono carenti sotto il profilo della idoneità lesiva, posto che si risolvono spontaneamente e senza reliquati nella maggior parte dei casi e, peraltro, nel volgere di breve tempo.

In considerazione di quanto sopra esposto e in coerenza con le nuove disposizioni normative, la valutazione del danno biologico di lieve entità, relativamente alle ipotesi di traumi sopra indicate, dovrà riguardare solo il riconoscimento della invalidità temporanea – frazionata secondo i noti criteri di progressiva riduzione – e il rimborso delle spese mediche, purchè queste ultime siano correttamente prescritte per finalità cliniche, effettuate da personale qualificato, eseguite esclusivamente nel periodo scientificamente congruo, certificate nella loro esecuzione dall'attestato di presenza presso il centro di cura e conformi alle regolarità fiscali.
Resta impregiudicata la valutazione, quanto alla invalidità biologica permanente, delle altre tipologie di traumi lesivi rientranti nell'ambito delle c.d. micropermanenti, purchè siano suscettibili di accertamento strumentale clinico obiettivo (ad esempio: fratture, lussazioni) e a condizione che siano caratterizzate da un effettivo grado di idoneità lesiva.
Cordiali saluti.

Cesare Blasi
Groupama Ass.ni S.p.A. Direzione Sinistri
Gestione Fiduciari e Recuperi
Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma
06/30183136 - 06/30183673
cesare.blasi@groupama.it

ZURICH

Oggetto: "Liberalizzazioni-Norme in materia di assicurazione R.C. AUTO"

Egregi Dottori,

come certo Vi è noto, con Legge del 24/3/2012 n.27 "Liberalizzazioni – Norme in materia di assicurazione RCAUTO", pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.71, sono state introdotte novità in materia di risarcimento delle lesioni di lieve entità.

In particolare, all'Art.32, commi 3-ter e quater, dopo la definizione di danno biologico di cui al comma 2 dell'art 139 C.d.A. viene aggiunto il seguente periodo:
"In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente".

Inoltre:
"Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'art. 139 del D .Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione".

In sostanza la lesione di lieve entità deve essere non solo avallata da parte di un medico legale, ma anche visivamente o strumentalmente accertata (tramite esami e/o indagini effettuati con strumenti medici).

Alla luce di quanto sopra, Vi invitiamo ad evidenziare scrupolosamente nella relazione medico-legale :
- quale documentazione clinica o accertamento strumentale è stato esibito,
- se tale documentazione , unita all'esame obiettivo da parte Vostra , consente il rigoroso riscontro dell'esistenza della lesione di lieve entità, di natura permanente

Oltre, naturalmente, agli altri elementi che compongono la relazione finale.

Distinti saluti.

DIREZIONE CLAIMS
Claims Vendor Management

HDI Assicurazioni

AI FIDUCIARI MEDICI LEGALI

LORO SEDI

ROMA,16 APRILE 2012

OGGETTO: NOTA DI INDIRIZZO RELATIVA ALLE MODIFICHE APPORTATE ALL'ART. 139 DEL CODICE DELLE ASSICURAZIONI

Gentile Fiduciario,

Le inviamo alcuni commenti per condividere alcune riflessioni alle modifiche apportate all'art. 139 del Codice delle Assicurazioni, indicando di seguito le linee guida che Ella vorrà seguire nella valutazione delle lesioni per conto del gruppo HDI Assicurazioni.

Come è certamente a Sua conoscenza nella Gazzetta Ufficiale n. 71 del 24 marzo u.s. è stata pubblicata la Legge 24 marzo 2012 n. 27 (di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 24 gennaio 2012 n. 1, recante disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività).

La legge è in vigore dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione in G.U. e, pertanto, dal 25 marzo 2012.

Tra le novità introdotte in sede di conversione, grande rilievo riveste, per il settore assicurativo, la modifica della disciplina del "Danno biologico per lesioni di lieve entità", di cui all'art. 139 del Codice delle Assicurazioni Private.

Al riguardo, la legge statuisce quanto segue:

< Al comma 2° dell'articolo 139 del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è aggiunto, infine, il seguente periodo: *"In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di* ***accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente"***.

Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione. >

Sulla base di una interpretazione rigorosa della predetta formulazione, il risarcimento del danno è previsto solo per quelle lesioni che possano essere visivamente o strumentalmente accertabili.

Un'applicazione rigorosa del dispositivo comporta, pertanto, che siano prive di effetti risarcitori tutte le conseguenze di lesioni non strumentalmente accertate.

Tuttavia il provvedimento normativo non esclude la risarcibilità della invalidità temporanea per forme di danno anche lievi: **è solo il danno biologico permanente che subisce le più rilevanti variazioni.**

HDI Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I)
Tel. +39.06.421.001 - Fax +39.06.4210.3500
www.hdia.it

Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v.
C.F. e P. IVA 04349061004
Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92
Iscrizione R.E.A. di Roma n. 757172/92

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 del 18/6/93 (G.U. 14/8/93)
Società con unico azionista
Soc. Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

HDI
Assicurazioni

Rimane invariata pertanto l'assoluta necessità:

- della corretta quantificazione dell'inabilità temporanea in modo coerente con la consistenza della lesione, frazionata secondo i noti criteri di riduzione progressiva;
- della attenta verifica della risarcibilità delle spese mediche, rispetto alle quali vi è la necessità da parte del medico fiduciario di un giudizio valutativo di congruenza con la lesione e conseguente congruità economica della spesa richiesta, si tratta di voce di danno altamente soggetta a speculazione e falsificazione.

È altresì di fondamentale importanza che il nostro fiduciario certifichi che le spese mediche da ammettersi a rimborso abbiano le seguenti caratteristiche ovvero che siano:

- correttamente prescritte **per finalità cliniche**
- eseguite **da personale qualificato** per poterle erogare
- effettuate **in strutture preposte**
- eseguite **solo nel periodo di temporanea riconosciuto**
- conformi **alle regolarità fiscali**

Pur trattandosi di una fase rapidamente evolutiva, al fine di sostenere una virtuosa applicazione della norma, si richiede ai medici fiduciari, nel rilasciare l'elaborato peritale al liquidatore trattante, la massima puntualità e accuratezza rispetto alle seguenti variabili:

- descrizione delle soggettività lamentate dal danneggiato
- formulazione dell'epicrisi medico-legale, privilegiando gli aspetti funzionali rispetto alla diagnosi clinica,
- elencazione dei rilievi e delle indagini strumentali comprovanti la lesione e la menomazione
- valutazione critica circa l'attendibilità e la congruenza clinica delle indagini strumentali prodotte dal danneggiato
- il medico provvederà ad esprimere direttamente la valutazione conclusiva sulla base dei soli elementi prodotti ed in piena aderenza al dettato codicistico recentemente modificato.

Si richiama infine la necessità che ogni elaborato riporti in chiusura una chiara "diagnosi medico-legale", che qualifichi come tali gli esiti unicamente soggettivi o, al contrario, indichi che i postumi riconosciuti soddisfano il requisito di legge dell'accertamento clinico strumentale obiettivo.

A tal riguardo ci si riserva di far seguito alla presente con ulteriori comunicazioni, raccomandazioni e linee operative che permettano la massima rispondenza del percorso liquidativo alle recenti disposizioni di Legge.

Nell'augurare a Voi tutti un buon lavoro , cogliamo l'occasione per porgere i nostri migliori saluti.

HDI Assicurazioni Spa
Direzione Sinistri Gestione Tecnica
Michele Capuano

HDI Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma (I)
Tel. +39.06.421.001 - Fax +39.06.4210.3500
www.hdia.it

Capitale Sociale € 96.000.000,00 i.v.
C.F. e P. IVA 04349061004
Iscrizione al Registro delle Imprese di Roma 7122/92
Iscrizione R.E.A. di Roma n. 757172/92

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
con D.M.I.C.A. n. 19570 del 5/6/93 (G.U. 14/6/93)
Società con unico azionista
Soc. Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni"
iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

ISVAP

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo

SERVIZIO TUTELA DEL CONSUMATORE **Roma** 19 aprile 2012

Prot. n. 09-12-007647
All.ti n.

Alle Imprese di assicurazione che esercitano
la r.c. auto con sede legale in Italia
LORO SEDI

Alle Rappresentanze per l'Italia delle Imprese di assicurazione con sede legale in uno Stato terzo rispetto allo S.E.E. che esercitano la r.c. auto in Italia
LORO SEDI

Alle Imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato membro dello S.E.E. che esercitano la r.c. auto in Italia
LORO SEDI

e p.c. Al Ministero dello Sviluppo Economico
Via Molise, 2 – 00187 – ROMA

All'ANIA
Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici
Via della Frezza, 70 – 00186 – ROMA

Oggetto: legge 24 marzo 2012, n. 27 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, recante disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività.

Si fa riferimento alla legge n. 27/2012 di conversione, con modificazioni, del decreto legge n. 1 del 24 gennaio 2012 in materia di liberalizzazioni, entrata in vigore il 25 marzo 2012. Tra le varie norme che riguardano l'assicurazione obbligatoria r.c. auto, alcune hanno immediato impatto sui consumatori.

1. Scatola nera
L'art. 32, comma 1, modifica l'art. 132 del Codice delle Assicurazioni, prevedendo che *"nel caso in cui l'assicurato acconsenta all'installazione"* sul proprio veicolo di meccanismi elettronici che registrano l'attività del veicolo, quali la c.d. scatola nera o dispositivi similari, le imprese applicano una riduzione significativa di premio; i costi della installazione, disinstallazione, sostituzione, funzionamento e portabilità di tali meccanismi sono a carico delle imprese.
Al riguardo questa Autorità ritiene che tale norma – considerata sia la sua *ratio* (riduzione delle tariffe), sia la formulazione letterale (il richiamo alla circostanza che l'assicurato possa "acconsentire" alla installazione implica che l'impresa debba proporgli tale scelta) – introduca l'obbligo per le imprese di offrire ai consumatori, accanto a polizze r.c. auto "base", anche polizze r.c. auto con scatola nera, a fronte di una significativa riduzione del premio.
In sede di conversione del decreto è stata inserita la previsione di un regolamento ISVAP, da emanarsi, di concerto con il Ministero dello Sviluppo Economico e l'Autorità garante per la protezione dei dati personali, entro 90 giorni (25 giugno 2012) dalla data di entrata in vigore della legge di conversione. Il regolamento dovrà stabilire le modalità di raccolta, gestione e utilizzo, in particolare ai fini tariffari e della determinazione delle responsabilità in occasione dei sinistri, dei dati raccolti dai meccanismi elettronici, nonché le modalità per assicurare l'interoperatività di tali meccanismi in caso di sottoscrizione da parte dell'assicurato di un contratto con impresa diversa da quella che ha installato il meccanismo.
In conseguenza del rinvio al regolamento attuativo si ritiene che il suddetto obbligo per le imprese di offrire prodotti con scatola nera trovi applicazione successivamente alla emanazione del regolamento medesimo, per il quale i lavori sono già in corso.

2. Variazione in diminuzione automatica in assenza di sinistri (passaggio a classe di merito più favorevole)
L'art. 34 *bis*, introdotto in sede di conversione, integra l'art. 133 del Codice delle Assicurazioni, aggiungendo al primo periodo – secondo il quale i contratti di assicurazione debbono essere stipulati in base a condi-

zioni di polizza che prevedano ad ogni scadenza annuale la variazione in aumento od in diminuzione del premio applicato all'atto della stipulazione o del rinnovo, in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso di un certo periodo di tempo – il seguente periodo *"La predetta variazione in diminuzione del premio si applica automaticamente, fatte salve le migliori condizioni, nella misura preventivamente quantificata in rapporto alla classe di appartenenza attribuita alla polizza ed esplicitamente indicata nel contratto. Il mancato rispetto della disposizione ai cui al presente comma comporta l'applicazione, da parte dell'ISVAP, di una sanzione amministrativa da 1.000 euro a 50.000 euro"*.

Al riguardo questa Autorità per dare concreta attuazione alla disposizione, nell'ambito del quadro comunitario vigente, ritiene che la norma, peraltro assistita da una sanzione specifica, garantisca al consumatore, oltre a condizioni di maggiore trasparenza, benefici in termini di riduzioni di premio in assenza di sinistri rispetto all'annualità precedente. Tale riduzione va indicata in termini percentuali nel contratto in modo da mettere il consumatore nella condizione di verificarne agevolmente l'applicazione nell'anno successivo, anno in cui l'impresa potrà indicare un eventuale incremento tariffario per la scadenza ancora successiva.

In sostanza la norma mira a garantire al consumatore virtuoso (che non ha provocato sinistri nel periodo di osservazione) di beneficiare effettivamente della riduzione di premio che l'impresa ha contrattualmente previsto l'anno precedente e alle imprese, qualora il fabbisogno tariffario lo richieda, di rivisitare la tariffa, comunicando tale eventualità al consumatore con un anno di anticipo. Della misura dell'eventuale incremento dovrà essere data comunicazione, ai sensi del Regolamento Isvap n. 4/2006, con almeno 30 giorni di anticipo. Resta ferma, ovviamente, la possibilità per il consumatore di ricercare offerte più convenienti, anche mediante l'utilizzo del preventivatore r.c.auto (www.tuopreventivatore.it).

Si riporta nel seguito un esempio di concreta applicazione.

Una polizza stipulata o rinnovata il 1° maggio 2012 (successivamente, quindi, all'entrata in vigore della norma) dovrà contenere l'indicazione della riduzione di premio di cui beneficerà l'assicurato alla scadenza del 1° maggio 2013, in assenza di sinistri nel periodo di osservazione, riduzione che dovrà essere quantificata in relazione alla classe di merito di appartenenza. La riduzione pattuita non potrà in alcun caso essere assorbita da eventuali variazioni tariffarie nel frattempo intervenute.

All'atto del pagamento della nuova annualità (1° maggio 2013) l'impresa, oltre a riconoscere la riduzione concordata, se del caso, dovrà indicare che alla successiva scadenza contrattuale il premio potrà variare in relazione al mutato fabbisogno tariffario. L'assicurato, conoscendo la misura del nuovo premio con almeno 30 giorni di anticipo (1° aprile 2014) potrà ovviamente ricercare coperture più convenienti. Qualora decida di rimanere con la stessa compagnia, al momento del rinnovo (1° maggio 2014) il contratto dovrà prevedere per l'annualità successiva (1° maggio 2015), sempre in assenza di sinistri, la misura della riduzione in relazione alla classe di merito di appartenenza, e così via.

3. Valutazione medico legale delle lesioni di lieve entità

I commi 3-*ter* e 3-*quater* dell'art. 32, introdotti in sede di conversione, restringono la risarcibilità del danno biologico per le lesioni di lieve entità di cui all'art. 139 del Codice delle Assicurazioni.

Le norme, entrate in vigore il 25 marzo 2012, sono applicabili ai sinistri in corso di valutazione, in cui le fattispecie di danni alla persona di lieve entità non siano ancora state oggetto di accertamento da parte dell'impresa sotto il profilo medico legale.

La prima disposizione (comma 3-*ter*) integra il comma 2 dell'articolo 139 del Codice, prevedendo che *"In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente"*, mentre la seconda (comma 3-*quater*) prevede che *"Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo 139 del Codice delle assicurazioni è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione"*.

L'Autorità rileva l'esigenza di fornire al mercato un chiarimento, considerato che le due norme presentano un campo di applicazione comune, ma sembrano contenere profili contraddittori. Infatti, **mentre il comma 3-ter esclude il risarcimento del danno biologico "permanente" nel caso in cui le lesioni non siano suscettibili di "accertamento clinico strumentale obiettivo", il comma 3-quater ammette il risarcimento (senza specificare se a titolo di danno biologico permanente o temporaneo) qualora vi sia un riscontro medico legale da cui risulti "visivamente" o "strumentalmente" accertata l'esistenza della lesione**.

Ad avviso di questa Autorità, dalla lettura combinata e sistematica delle due disposizioni è possibile ricostruire il seguente quadro.

La prima disposizione, che integra il comma 2 dell'art. 139 del Codice delle Assicurazioni, riferendosi espressamente al danno biologico permanente e, nulla dicendo sul danno biologico temporaneo, consente, pur in assenza di accertamento clinico strumentale obiettivo, il risarcimento di quest'ultimo.

La seconda, con valenza più generale, non è espressamente riferita ad alcuna tipologia di danno biologico (temporaneo o permanente) e consente di accertare la lesione sia visivamente che strumentalmente.

La lettura combinata e sistematica delle due disposizioni porta a ritenere che soltanto il danno biologico permanente – cioè i postumi invalidanti conseguenti alla lesione – per poter dar luogo a risarcimento

debba essere stato valutato dal medico legale attraverso un accertamento clinico strumentale obiettivo. Il danno biologico temporaneo, cioè i giorni di inabilità temporanea assoluta o relativa conseguenti all'evento lesivo, potrà invece essere accertato dal medico legale sia visivamente che strumentalmente.
Tale conclusione è avvalorata dal fatto che un evento lesivo può dar luogo ad un danno biologico temporaneo, ma non necessariamente ad un danno biologico permanente (art. 139: *"per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psicofisica della persona suscettibile di accertamento medico legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato..."*).
Al fine di valutare il concreto esplicarsi dei benefici attesi dalla norma in termini di contenimento dei costi dei risarcimenti, l'Isvap avvierà una rilevazione periodica secondo specifiche che saranno oggetto di successiva comunicazione.

4. Classi di massimo sconto
L'art. 32, comma 3-quinquies, introdotto in sede di conversione, prevede che *"Per le classi di massimo sconto, a parità di condizioni soggettive ed oggettive, ciascuna delle compagnie di assicurazione deve praticare identiche offerte"*.
La norma risulta di non facile interpretazione; il principale dubbio riguarda la portata delle condizioni "oggettive" che possono giustificare offerte non identiche ed in particolare se tra tali condizioni rientrino le differenti condizioni di rischio rilevabili nelle diverse aree del territorio nazionale. Sul punto, data la delicatezza e la rilevanza della questione, è stata acquisita l'interpretazione del Ministero dello Sviluppo Economico.
Il Ministero, con nota del 18 aprile 2012, ha reso noto all'Autorità che un'interpretazione secondo cui a parità delle altre condizioni, sia pure se per i soli assicurati collocati nella migliore classe di merito, ciascuna impresa sia obbligata ad adottare tariffe assicurative identiche su tutto il territorio nazionale, con conseguente impedimento assoluto ad utilizzare il parametro della territorialità nell'analisi del rischio, risulterebbe in contrasto con il principio di libertà tariffaria affermato in materia dalla normativa comunitaria e, in particolare, dall'articolo 6 della direttiva 92/49/CEE.
Quanto agli effetti della norma, il Ministero osserva che *"quelli attesi sono evidentemente di contrasto agli aumenti indiscriminati e ingiustificati rilevati in alcune aree del territorio nazionale, ma non certo quelli di una parimenti ingiustificata redistribuzione di oneri secondo un malinteso criterio mutualistico che, derogando in modo radicale all'ordinario legame fra condizioni oggettive e soggettive di rischio e misure tariffarie, determini un livellamento nazionale delle tariffe a beneficio degli assicurati di alcuni territori, ma a danno degli assicurati di altri territori e/o con una amplificazione abnorme degli effetti di peggioramento tariffario per gli assicurati delle classi di minore sconto anche dello stesso territorio oggetto di tale beneficio. Tale eventualità, anche a prescindere dagli effetti dannosi di incertezza per il mercato e per gli stessi consumatori che deriverebbero da un'interpretazione a evidente rischio di successivo annullamento o disapplicazione, non appare comunque neppure nell'immediato rispondente all'interesse effettivo della generalità dei consumatori.*
Il Ministero ritiene quindi che *"una ragionevole e legittima interpretazione della norma in oggetto dovrebbe includere nelle differenziazioni tariffarie, possibili anche per le classi di massimo sconto, quelle legate alle oggettive differenze delle condizioni di rischio rilevate nei singoli territori (frequenza dei sinistri, livello dei risarcimenti, ecc.)"* e che, *"per non vanificare la norma, si deve ritenere anche, da un lato, che la stessa impone una più stringente applicazione e dimostrazione da parte delle imprese di assicurazione di criteri oggettivi di definizione dei meccanismi tariffari per questo specifico aspetto di articolazione territoriale – con maggiore trasparenza delle scelte tariffarie sia rispetto agli assicurati che nei confronti dell'autorità vigilante, anche ai fini della verifica del rispetto del divieto di elusione dell'obbligo a contrarre – dall'altro, che la stessa norma impone all'intero sistema assicurativo un obiettivo di progressiva riduzione anche delle residue e giustificate differenze tariffarie territoriali, in concomitanza con il realizzarsi degli effetti di riduzione dei sinistri e delle frodi e, più in generale, dei costi assicurativi, che derivano dal complesso delle altre norme contenute con tali finalità nel medesimo decreto legge. In altre parole, la norma impone comunque alle imprese di assicurazione di individuare nell'ambito della propria autonomia tariffaria e in attesa di una più complessiva revisione del sistema bonus-malus, le modalità più idonee per pervenire progressivamente ad un maggior favore tariffario verso i guidatori più virtuosi, anche mediante una più adeguata valorizzazione di tale condizione virtuosa nelle aree territoriali in cui le condizioni di rischio permangano transitoriamente maggiori."*

5. Altre disposizioni
In merito alle altre disposizioni del decreto in materia r.c.auto ed in dettaglio:
– l'art. 29 (Efficienza produttiva del risarcimento diretto)
– l'art. 30 (Repressione delle frodi)
– l'art. 32, comma 3bis (Banche dati anagrafe testimoni e anagrafe danneggiati)
– l'art. 34 (Obbligo di confronto delle tariffe r.c.auto)
sono in corso di definizione da parte dell'Autorità le previste nuove norme regolamentari che saranno, come di consueto, sottoposte ad una fase di pubblica consultazione prima della
loro definitiva emanazione.

Il Presidente
(Giancarlo Giannini)

ORGANISMO UNITARIO DELL'AVVOCATURA ITALIANA

COMUNICATO STAMPA

R.C.A. – CODICE DELLE ASSICURAZIONI – MODIFICHE ART. 139 – RISARCIMENTO DEL DANNO ALLA PERSONA DI LIEVE ENTITÀ

L'OUA AUSPICA L'INTERVENTO DELLE RAPPRESENTANZE DELLA MEDICINA LEGALE NEI CONFRONTI DI DISTORTE INTERPRETAZIONI DELLE NORME SUL RISARCIMENTO DEL DANNO ALLA PERSONA.

L'O.U.A., recependo il parere della propria Commissione Responsabilità Civile, valutato il provvedimento in materia di Responsabilità Civile Automobilistica contenuto nel testo della Legge 24.03.2012 (art. 32 – commi III *ter* e *quater*), esprime allarme e preoccupazione per l'eventuale compromissione dei diritti dei danneggiati da circolazione stradale.

Si segnalano infatti da parte di alcune imprese assicuratrici interpretazioni inammissibili del contenuto dell'art. 32 della l. 27/2012 che, come noto, ai commi 3 ter e 3 quater dispone in materia di danno alla persona integrando l'art. 139 del Codice delle Assicurazioni.

La normativa interviene infatti nell'ambito dell'accertamento del danno biologico occupandosi delle "lesioni di lieve entità" subordinandone il risarcimento (delle lesioni e non dei postumi o delle menomazioni) a un non meglio definito **"accertamento clinico strumentale obiettivo"**.

Le norme, tecnicamente errate e tra loro contraddittorie, da più parti vengono già **utilizzate come pretesto per non risarcire i danneggiati** e da parte di talune imprese assicuratrici si segnalano già **inammissibili pressioni nei confronti dei medici legali** affinché gli stessi si adeguino a interpretazioni degli articoli di legge in contrasto con la criteriologia medico legale e la stessa deontologia medica.

Tali errate interpretazioni, già formalizzate dal mondo assicurativo, determinerebbero infatti il paradosso di un **mutamento per legge della scienza medico legale**, tra l'altro limitato solo agli accertamenti medico legali da svolgersi in materia di RC auto.
Le "circolari" che le imprese assicuratrici stanno inviando ai propri fiduciari medico legali, costituirebbero un inusitato precedente che limita la professionalità e la indipendenza del medico legale, tanto più inammissibile poiché pone il professionista in contrasto con il proprio ordinamento deontologico che agli articoli 4 e 62 prevede che il medico debba operare secondo criteri scientifici rifuggendo da pressioni di ordine extra tecnico e da ogni genere di influenza e condizionamento.

L'OUA, nel denunciare la gravità della situazione, auspica il tempestivo intervento di ogni livello associativo della Medicina Legale affinché venga ribadita la validità della consolidata criteriologia medico legale, a tutela dei diritti dei danneggiati e degli stessi medici legali.

Roma, 23 aprile 2012.

Il Presidente dell'O.U.A.
Avv. Maurizio De Tilla

Il Coordinatore della Commissione R.C.
Avv. Settimio Catalisano

SicurAuto.it

Il carrozziere può far causa all'assicurazione per il fermo

La Corte chiarisce che i crediti derivanti da danni subiti per cause di circolazione stradale sono cedibili e con questi le azioni ad essi collegate

La Corte di Cassazione, sezione terza civile, con la sentenza n. 51/12, depositata il 10 dicembre 2012, ha accolto il ricorso di una carrozzeria che aveva agito contro la compagnia di assicurazioni per farsi rimborsare il costo del noleggio del veicolo sostitutivo, dato al danneggiato rimasto senza macchina, durante le riparazioni. Giudice di Pace e Tribunale avevano respinto la richiesta del carrozziere perché l'azione diretta contro l'assicurazione del responsabile di un incidente stradale spetterebbe solo al danneggiato in virtù della particolare natura e importanza dei suoi interessi. Gli Ermellini sconfessano questa impostazione, sostenendo che quando si cede un credito, a meno che non ci sia un divieto di cederlo, si cedono anche le azioni connesse per legge a questo credito, quindi anche l'azione diretta contro la compagnia che assicura il responsabile di un incidente stradale.

NON È STATO PAGATO IL "FERMO TECNICO" – Come tutti sanno, quando si subisce un danno derivante da circolazione stradale, è previsto un meccanismo di grande importanza sociale che permette a chi danneggia di non esporsi a debiti risarcitori insostenibili e al danneggiato di potersi rivolgere a un soggetto solvibile, senza dover cercare di attaccare il patrimonio di un nullatenente, o comunque senza rimanere a bocca asciutta pur avendo ragione. Questo meccanismo consiste nel far sorgere in capo al danneggiato un diritto di credito nei confronti della compagnia che assicura il veicolo del responsabile, parallelo a quello che sorge verso quest'ultimo. Orbene, nel caso di specie il danneggiato aveva "ceduto" il proprio credito risarcitorio a un carrozziere, il quale aveva chiesto alla compagnia di assicurazione del responsabile, che però evidentemente non aveva voluto pagare i **270 euro del costo di noleggio** del veicolo sostitutivo (evidentemente questo carrozziere forniva un servizio "all inclusive", per così dire), detto anche "fermo tecnico". A questo punto il carrozziere ha fatto causa alla compagnia, perdendo in primo e secondo grado, ma vincendo in Cassazione.

CON LA CESSIONE DEL CREDITO SI CEDE ANCHE L'AZIONE DIRETTA – Il ragionamento svolto dai giudici di merito si basava sulla particolare natura dell'azione diretta prevista in favore del danneggiato dall'art. 144 del codice delle assicurazioni private. Essa, volta a tutelare una situazione particolarissima nel nostro ordinamento, cui il legislatore ha voluto attribuire una speciale tutela, non può secondo Giudice di Pace e Tribunale, trasferirsi in capo a soggetti terzi rispetto al rapporto di danno. I Giudici di Piazza Cavour sottolineano invece che il diritto di credito verso l'impresa assicurativa del veicolo responsabile, che nasce con lo scontro stradale, comprende e anzi consiste proprio nella **possibilità di agire contro la compagnia**. Nel nostro ordinamento, sottolineano gli Ermellini, con la cessione di credito, prevista dall'art.1260 e ss. del codice civile, si trasmettono anche tutti gli accessori (art. 1263 c.c.). Dunque il carrozziere, cui il danneggiato aveva ceduto il credito risarcitorio per i danni riportati al proprio autoveicolo, aveva titolo (la c.d. legittimazione attiva) per fare causa alla compagnia di assicurazione del responsabile, anche se, come nel caso di specie, si trattava solo di recuperare un piccola parte del danno, come il fermo tecnico.

Antonio Benevento

Guida al Diritto

Sinistri, va risarcito anche il danno da "fermo tecnico" per l'auto in riparazione

Corte di Cassazione – Sezione II civile – Sentenza 8 maggio 2012, n. 6907

Scatta il diritto al risarcimento da parte dell'assicurazione non solo per i danni subiti dall'autovettura ma anche per al sosta forzata a cui è sottoposto il veicolo per tutto il periodo necessario alle riparazioni.
Lo ha stabilito la Corte di cassazione con la sentenza n. 6907/2012. Secondo i giudici, infatti, con riferimento al danno dovuto al fermo dell'auto "è possibile la liquidazione equitativa … anche in assenza di prova specifica, rilevando a tal fine la sola circostanza che il danneggiato sia stato privato del veicolo per un certo tempo, anche a prescindere dall'uso effettivo a cui esso era destinato". Del resto, "l'autoveicolo, è di fatto, anche durante la sosta forzata, fonte di spesa (tassa di circolazione, premio di assicurazione) comunque sopportata dal proprietario, ed è altresì soggetto a un naturale deprezzamento di valore».
Per tutte queste ragioni, la Suprema corte ha accolto il ricorso di un automobilista campano che chiedeva i danni da "fermo tecnico" dell'auto a causa di un incidente provocato da un altro automobilista. Il risarcimento per la sosta forzata dell'auto era stato accordato dal Giudice di pace di Napoli e successivamente negato dal Tribunale di Afragola (giugno 2010). Ma l'automobilista è andato avanti arrivando fino in Cassazione. Ora sarà il Tribunale di Napoli a quantificare l'esatto risarcimento da sosta forzata dell'auto. ■

AUTOVELOX: SEGNALAZIONE NECESSARIA ANCHE SE C'È L'AGENTE

Cassazione civile, sez. II, ordinanza 22.06.2011 n° 13727

Obbligo della segnalazione preventiva dell'autovelox anche nel caso in cui il rilevamento non sia automatico, ma fatto dagli agenti con il telelaser.

In tal modo si sono espressi i giudici della Corte di Cassazione nella sentenza 22 giugno 2011, n. 13727.

Ancora uno "scontro" tra la giurisprudenza ed il "temibile" autovelox... l'autovelox deve sempre essere segnalato; ... ma "occhio alle date": l'estensione anche alle postazioni che siano gestite direttamente dagli agenti è entrata in vigore a partire dal 4 agosto 2007.

Per i Giudici di Piazza Cavour, nella sentenza che qui si commenta, l'obbligo della preventiva segnalazione dell'apparecchio di rilevamento «*della velocità previsto, in un primo momento, dall'articolo 4 del d.l. n. 121 del 2002, conv. L. n. 168/2002, per i soli dispositivi di controllo remoto senza la presenza diretta dell'operatore di polizia, menzionati nell'art. 201, comma l- bis, lett. f), del codice della strada, è stato successivamente esteso, con l'entrata in vigore dell'art. 3 del d.l. n. 117 del 2007, conv. nella l. n. 160 del 2007, a tutti i tipi e modalità di controllo effettuati con apparecchi fissi o mobili installati sulla sede stradale, nei quali, perciò, si ricomprendono ora anche gli apparecchi tele laser gestiti direttamente e nella disponibilità degli organi di polizia*».

Nulla multa, quindi, nel caso sia stata inflitta con il sistema telelaser se il controllo non è stato segnalato in maniera adeguata.

Giurisprudenza rilevante

(Cass. civ., sez. II, sentenza 18 gennaio 2010, n. 656)

L'obbligo della preventiva segnalazione dell'apparecchio di rilevamento della velocità previsto, in un primo momento, dall'art. 4 del d.l. n. 121 del 2002, conv. nella legge n. 168 del 2002, per i soli dispositivi di controllo remoto senza la presenza diretta dell'operatore di polizia, menzionati nell'art. 201, comma 1- bis, lett. f), del codice della

strada, è stato successivamente esteso, con l'entrata in vigore dell'art. 3 del d.l. n. 117 del 2007, conv. nella l. n. 160 del 2007, a tutti i tipi e modalità di controllo effettuati con apparecchi fissi o mobili installati sulla sede stradale, nei quali, perciò, si ricomprendono ora anche gli apparecchi telelaser gestiti direttamente e nella disponibilità degli organi di polizia. (Nella specie, la S.C., sulla scorta dell'enunciato principio, ha cassato la sentenza impugnata che aveva annullato il verbale di contestazione per l'omesso assolvimento del suddetto obbligo di preventiva informazione dell'utenza, malgrado il dispositivo utilizzato, tipo telelaser, non rientrasse tra quelli indicati nel citato art. 4 del d. l. n. 121 del 2002 e lo *"ius superveniens"* di cui all'art. 3 del d.l. n. 117 del 2007 non fosse applicabile al caso esaminato, riferito ad un'infrazione commessa nel 2003).

(**Altalex**, Nota di **Manuela Rinaldi**)

Studio Cataldi
PORTALE DI INFORMAZIONE GIURIDICA

Multe stradali – Ricorsi Riduzione del termine a trenta giorni

Ricordiamo ai visitatori del Portale che a, far data dal 6 ottobre 2011, è stato drasticamente ridotto il termine per presentare ricorso contro le multe. Infatti, all'interno del provvedimento cosiddetto "TAGLIA RITI", di cui al Decreto Legislativo n.150 del primo settembre 2011, è contemplata la norma che riduce a trenta giorni il termine dalla data della contestazione. Tale provvedimento si correla nel suo complesso alla significativa modifica apportata con la fondamentale legge n°69/2009. Immutato il regime vigente per le infrazioni commesse prima di detta data. All'art. 6 di tale disposizione legislativa è previsto che il termine sia di trenta giorni dal momento della notificazione della sanzione a pena di inammissibilità del ricorso. Si applicherà alla procedura il rito del lavoro. Il termine sale a giorni sessanta se il destinatario risieda all'estero. Resta immutato il termine di giorni sessanta per ricorrere al Prefetto. Avanti al giudice di pace si continua (ingiustamente) a pagare il contributo unificato.

Avv. Paolo M. Storani

GIURISPRUDENZA DI LEGITTIMITÀ

CORTE DI CASSAZIONE PENALE
Sez. IV, 16 giugno 2011, n. 24121
(Ud. 15 marzo 2011)

Pres. Marzano – Est. Foti – P.M. D'Ambrosio (Conf.) – Ric. P.G. in Proc. Iannuzzi

Precedenza – Incroci stradali – Doveri del conducente favorito – Obbligo generale di prudenza – Sussistenza.

In tema di colpa nella circolazione stradale, l'obbligo di ridurre la velocità all'approssimarsi di un incrocio e di impegnare con prudenza e a velocità moderata l'area del crocevia sussiste anche a carico di colui che circoli su strada che assegni il diritto di precedenza ovvero che, in presenza di un semaforo, abbia il segnale di via libera, perché il diritto di precedenza non esonera il conducente dall'obbligo di porre la massima attenzione ai pericoli che possano sorgere da comportamenti illeciti od imprudenti tenuti da altri utenti della strada i quali non gli accordino la dovuta precedenza. *(c.p., art. 43; nuovo c.s., art. 145).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 3/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. III, 13 luglio 2011, n. 15367

Pres. Morelli – Est. Levi – P.M. Golia (Conf.) – Ric. Picale (Avv.ti Barone e Romano) C. Generali Assic. Spa (Avv. Baiocchi)

Assicurazione obbligatoria – Fondo di garanzia per le vittime della strada – Sinistro causato da veicolo o natante non identificato – Onere probatorio del danneggiato – Contenuto e limiti.

In tema di assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli o dei natanti, il danneggiato il quale promuova richiesta di risarcimento nei confronti del fondo di garanzia per le vittime della strada, sul presupposto che il sinistro sia stato cagionato da veicolo o natante non identificato (art. 19, primo comma lett. A, legge 24 dicembre 1969 n. 990), ha l'onere di provare sia che il sinistro si è verificato per condotta dolosa o colposa del conducente di un altro veicolo o natante, sia che questo è rimasto sconosciuto; a quest'ultimo fine è sufficiente dimostrare che, dopo la denuncia dell'incidente alle competenti autorità di polizia, le indagini compiute o quelle disposte dall'autorità giudiziaria, per l'identificazione del veicolo o natante investitore, abbiano avuto esito negativo, senza che possa addebitarsi al danneggiato l'onere di ulteriori indagini articolate o complesse, purché egli abbia tenuto una condotta diligente mediante formale denuncia dei fatti ed esaustiva esposizione degli stessi. *(l. 24 dicembre 1969, n. 990, art. 19; d. l.vo 7 settembre 2005, n. 209).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 1/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. III, 13 luglio 2011, n. 15375

Pres. Chiarini – Est. Barreca – P.M. Russo (Conf.) – Ric. Giannursini ed altri (Avv. Mattucci) C. Comune di Cittaducale

Responsabilità civile – Amministrazione pubblica – Opere pubbliche – Strade – Sinistro stradale – Non idonea manutenzione del manto stradale – Responsabilità colposa ex art. 2043 c.c. – Comportamento colposo del danneggiato – Idoneità ad interrompere il nesso causale – Sussistenza – Esclusione della responsabilità della P.A..

Responsabilità civile – Amministrazione pubblica – Opere pubbliche – Strade – Danno da insidia stradale – Nozione – Responsabilità colposa ex art. 2043 c.c. – Prevedibilità dell'anomalia – Conseguenze – Esclusione della responsabilità della P.A. – Sussistenza.

In tema di danno da insidia stradale, il solo fatto che sia dimostrata l'esistenza di una anomalia sulla sede stradale è di per sé sufficiente a far presumere sussistente la colpa dell'ente proprietario il quale potrà superare tale presunzione solo dimostrando che il danno è avvenuto per negligenza, distrazione od uso anomalo della cosa da parte della stessa vittima. A tal fine, il giudice di merito dovrà considerare che quanto più la situazione di pericolo era prevedibile e superabile con le normali cautele da parte del danneggiato, tanto più incidente deve considerarsi sul piano causale il comportamento di quest'ultimo. (Nella specie un automobilista era deceduto fuoriuscendo dalla sede stradale, precipitando nel canale di scarico dele acque di una vicina centrale elettrica. La Corte, applicando l'enunciato principio, ha confermato la sentenza di merito che aveva escluso la responsabilità dell'ente proprietario della strada, sul pressupposto che lo stato di dissesto, la mancanza di barriere, nonché la segnaletica di pericolo, non apparissero dotate di autonoma efficienza causale rispetto all'incidente, essendo piuttosto risultata determinante la repentina e non necessaria manovra di guida della vittima verso il margine opposto della strada). *(c.c., art. 1227; c.c., art. 2043).*

L'insidia stradale non è un concetto giuridico, ma un mero stato di fatto, che, per la sua oggettiva invisibilità e per la sua conseguente imprevedibilità, integra una situazione di pericolo occulto. Tale situazione, pur assumendo grande importanza probatoria, in quanto può essere considerata dal giudice idonea a integrare una presunzione di sussistenza del nesso eziologico con il sinistro e della colpa del soggetto tenuto a vigilare sulla sicurezza del luogo, non esime il giudice dall'accertare in concreto la sussistenza di tutti gli elementi previsti dall'art. 2043 c.c.. Pertanto, la concreta possibilità per l'utente danneggiato di percepire o prevedere con l'ordinaria diligenza l'anomalia, vale altresì ad escludere la configurabilità dell'insidia e della conseguente responsabilità della P.A. per difetto di manutenzione della strada pubblica. *(c.c., art. 1227; c.c., art. 2043).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 1/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. III, 14 luglio 2011, n. 15458

Pres. Trifone – Est. Levi – P.M. Russo (Conf.) – Ric. Rennella (Avv. Fedele) C. Chianese ed altri (N.C.)

Risarcimento del danno – Alle cose – Danni all'autoveicolo – Legittimazione attiva – Presupposti – Proprietà del bene danneggiato – Necessità – Esclusione – Potere materiale di fatto sulla cosa – Sufficienza – Auto danneggiata in un sinistro stradale – Possesso – Sufficienza – Conseguenze – Onere probatorio.

In tema di legittimazione attiva alla domanda di danni derivati da circolazione stradale, il diritto al risarcimento può spettare anche al soggetto non proprietario che, per circostanze contingenti, si trovi nella detenzione del bene danneggiato, a condizione che fornisca la dimostrazione

di poter risentire un pregiudizio al suo patrimonio, indipendentemente dal diritto, reale o personale, che egli abbia all'esercizio di quel potere. A tale scopo non è sufficiente la prova dell'esistenza d'un titolo che obblighi il detentore a tener indenne il proprietario del veicolo, ma è anche necessario provare che in base a quel titolo l'obbligazione è stata adempiuta, sì che il proprietario non possa pretendere d'essere ancora risarcito dal terzo danneggiante, come nel caso in cui il detentore abbia effettivamente erogato l'importo necessario per la riparazione del veicolo. *(c.c., art. 2043; c.c., art. 2054).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 1/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. III, 14 luglio 2011, n. 15478
Pres. Morelli – Est. Carleo – P.M. Fedeli (Conf.) – Ric. Grillo (Avv. Casilli) C. INAIL ed altri (Avv.ti Rossi e Tarantino)

Responsabilità da sinistri stradali – Presunzione di colpa nel caso di scontro tra veicoli – Prova liberatoria – Oggetto – Mancanza di consenso – Insufficienza – Circolazione contro la volontà del proprietario – Necessità.

Ad integrare la prova liberatoria della presunzione di colpa stabilita dall'art. 2054, terzo comma, cod. civ., non è sufficiente la dimostrazione che la circolazione del veicolo sia avvenuta senza il consenso del proprietario, ma è al contrario necessario che detta circolazione sia avvenuta contro la sua volontà, la quale deve estrinsecarsi in un concreto ed idoneo comportamento ostativo, specificamente inteso a vietare ed impedire la circolazione del veicolo mediante l'adozione di cautele tali che la volontà del proprietario non possa risultare superata. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza di merito, la quale aveva escluso che potesse integrare gli estremi della prova liberatoria anzidetta il mero fatto di consegnare, al titolare di autofficina, la vettura priva di assicurazione e bollo di circolazione, in quanto auto d'epoca e da collezione). *(c.c., art. 2054).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 3/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. VI, Ord. 19 luglio 2011, n. 15818
Pres. Finocchiaro – Est. Chiarini – P.M. Russo (Conf.) – Ric. De Simone (Avv. Gentile) C. Di Leva (Avv. Aiello) ed altri

Responsabilità da sinistri stradali – Presunzione di colpa nel caso di scontro tra veicoli – Nesso causale fra la marcia del veicolo e l'evento – Accertamento – Necessità – Sussistenza.

In tema di circolazione stradale, ai fini dell'applicabilità della presunzione di colpa di cui all'art. 2054 c.c. è necessario che il danneggiato assolva all'onere probatorio avente ad oggetto il nesso causale tra la circolazione del veicolo e l'evento dannoso. *(c.c., art. 2054).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 4/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. III, 23 agosto 2011, n. 17514
Pres. Trifone – Est. D'Amico – P.M. Russo (Diff.) – Ric. Cannata Galante (Avv. Spampinato) C. Maritato ed altri

Risarcimento del danno – Valutazione e liquidazione – Invalidità personale – Permanente – Postumi permanenti incidenti sulla capacità lavorativa specifica – Riduzione della capacità di guadagno – Danno patrimoniale – Automatico obbligo di risarcimento del danneggiante – Esclusione – Prova per presunzioni – Ammissibilità – Risarcibilità – Liquidazione – Criteri di liquidazione – Individuazione – Fattispecie relativa a sinistro stradale ai danni di minore in età scolare.

Il grado di invalidità permanente determinato da una lesione all'integrità psico-fisica non si riflette automaticamente, né tantomeno nella stessa misura, sulla riduzione percentuale della capacità lavorativa specifica e, quindi, di guadagno della stessa. Tuttavia, nei casi in cui l'elevata percentuale di invalidità permanente rende altamente probabile, se non addirittura certa, la menomazione della capacità lavorativa specifica ed il danno che necessariamente da essa consegue, il giudice può procedere all'accertamento presuntivo della predetta perdita patrimoniale, liquidando questa specifica voce di danno con criteri equitativi. la liquidazione di detto danno (nella specie, patito in conseguenza di un sinistro stradale da un minore in età scolare) può avvenire attraverso il ricorso alla prova presuntiva, allorché possa ritenersi ragionevolmente probabile che in futuro la vittima percepirà un reddito inferiore a quello che avrebbe altrimenti conseguito in assenza dell'infortunio; la relativa prognosi deve avvenire, in primo luogo, in base agli studi compiuti ed alle inclinazioni manifestate dalla vittima ed, in secondo luogo, sulla scorta delle condizioni economico-sociali della famiglia. *(c.c., art. 2043).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 4/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. III, 20 settembre 2011, n. 19129
Pres. Amatucci – Est. Travaglino – P.M. Destro (Diff.) – Ric. Prati (Avv.ti Spinelli Giordano e Paolillo) C. Comune di Arcole (Avv.ti Vincenti e Mancini) ed altri

Responsabilità civile – Amministrazione pubblica – Opere pubbliche – Strade – Lavori in corso – Apertura al traffico – Obbligo di segnaletica – Gravante sull'appaltatore – Esclusione – Incombente sull'ente proprietario – Configurabilità.

In caso di perdurante apertura al pubblico traffico di un'area interessata da lavori in corso, permane l'obbligo di custodia dell'ente pubblico proprietario del tratto stradale, con la conseguenza che è tale ente ad essere tenuto, in via esclusiva, ad apporre adeguata segnaletica stradale, trattandosi di adempimento non riconducibile agli obblighi dell'impresa appaltatrice, in assenza di prova che il comune abbia, nell'ambito del contratto di appalto, trasferito all'impresa l'obbligo di una corretta ed efficace installazione della segnaletica in questione. (Nella specie, in un sinistro stradale mortale, nel quale una delle auto aveva imboccato un tratto di strada con divieto d'accesso non idoneamente segnalato, intercettando così l'altro mezzo coinvolto nello scontro, la S.C. ha riconosciuto la responsabilità ex art. 2051 c.c. del Comune per non aver provveduto alla segnalazione adeguata della non percorribilità del tratto in questione. *(c.c., art. 2051).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 4/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. III, 20 settembre 2011, n. 19133

Pres. Amatucci – Est. Travaglino – P.M. Destro (Conf.) – Ric. Giannetto ed altri (Avv.ti Forgione e Romano) C. Generali Assicurazioni Spa (Avv.ti Cavaliere e Tovaglieri) ed altri

Risarcimento del danno – Danno non patrimoniale – Danno tanatologico – Riconducibilità al danno biologico – Esclusione – Danno morale – Configurabilità – Fondamento.

In tema di risarcimento del danno non patrimoniale, quando all'estrema gravità delle lesioni, segue, dopo un intervallo temporale brevissimo (nella specie due giorni), la morte, non può essere risarcito il danno biologico "terminale" connesso alla perdita della vita come massima espressione del bene salute, ma esclusivamente il danno morale, dal primo ontologicamente distinto, fondato sull'intensa sofferenza d'animo conseguente alla consapevolezza delle condizioni cliniche seguite al sinistro. *(c.c., art. 2043; c.c., art. 2059).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 4/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. III, 12 ottobre 2011, n. 20982

Pres. Massera – Est. Amatucci – P.M. Velardi (Conf.) – Ric. Valdrighi ed altri (Avv.ti Orsini e Salerno) C. Celli ed altri (Avv. Antongiovanni)

Responsabilità da sinistri stradali – Presunzione di colpa nel caso di scontro tra veicoli – Presunzione di responsabilità paritetica dei conducenti – Limiti – Concorrenza della colpa presunta di uno con quella accertata dell'altro, anche con graduazione non paritetica – Configurabilità – Sussistenza.

In tema di circolazione stradale, la regola posta dall'art. 2054, secondo comma, cod. civ. non impone di considerare uguale l'apporto causale colposo di ciascuno dei conducenti dei mezzi coinvolti in uno scontro soltanto perché non sia stato provato che uno dei due abbia fatto tutto il possibile per evitare il sinistro, ma consente, invece, che la colpa presunta di uno dei due possa concorrere con quella accertata dell'altro anche con apporto percentuale diverso da quello paritetico. *(c.c., art. 2054).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 3/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. III, 27 ottobre 2011, n. 22402

Pres. Petti – Est. Amatucci – P.M. Russo (Conf.) – Ric. Ministero della Difesa (Avv. Gen. Stato) C. Uniass. Assic. Spa ed altri

Risarcimento del danno – Danno da fatto illecito – Prescrizione – Lesione di pretesa creditoria da prestazione lavorativa del dipendente – Fattispecie di cui all'art. 2054, secondo comma, c.c. – Applicabilità anche alla domanda del terzo creditore nei confronti del responsabile del fatto illecito – Sussistenza – Conseguenze – Soggezione del diritto al risarcimento del creditore anche al termine breve di prescrizione ed alla disciplina di proponibilità della domanda di cui alla legge n. 990 del 1990.

In tema di tutela aquiliana del credito, ove la lesione della pretesa creditoria (nella specie, da prestazione lavorativa del dipendente) derivi da un fatto per la cui imputabilità la legge preveda uno speciale criterio di imputazione – come nel caso dell'art. 2054, secondo comma, cod. civ. – quello stesso criterio trova applicazione anche nella causa promossa dal creditore nei confronti del responsabile del fatto illecito, non essendovi ragioni per limitarne l'applicabilità al solo caso della domanda proposta direttamente dalla vittima primaria, giacché il fatto genetico del danno è il medesimo anche per gli altri soggetti danneggiati. Ne consegue – nell'anzidetta fattispecie di lesione del credito derivante da sinistro stradale cui trovi applicazione l'art. 2054 cod. civ. – che il diritto al risarcimento del terzo titolare del diritto di credito è soggetto allo stesso termine di pèrescrizione (nella specie, due anni ex art. 2947, secondo comma, cod. civ.) ed alle stesse condizioni di proponibilità contemplate dalla legge per far valere i diritti derivanti dai danni da circolazione stradale (nella specie, richiesta ex art. 22 della legge n. 990 del 1969). *(c.c., art. 2054; c.c., art. 2947; l. 24 dicembre 1969, n. 990, art. 22).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 3/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. III, 27 ottobre 2011, n. 22406

Pres. Petti – Est. Amatucci – P.M. Russo (Parz. Diff.) – Ric. Hasan (Avv. Tralicci) C. Fonck ed altri

Distanza di sicurezza – Tamponamento – A seguito di immissione nella carreggiata dell'altro veicolo previa inversione del senso di marcia – Concorso delle violazioni di cui agli artt. 154 e 149 c.s. – Configurabilità – Esclusione.

In materia di circolazione stradale, ove un veicolo ne tamponi un altro che si sia immesso sulla sua carreggiata previa inversione del senso di marcia, non è data la logica possibilità che concorrano entrambe le violazioni di cui agli artt. 154 e 149 c.s.. Infatti, se il conducente del veicolo che ha invertito il proprio senso di marcia abbia omesso di dare la precedenza al veicolo sopraggiungente, così incorrendo nella violazione dell'art. 154 c.s., non è configurabile a carico del conducente di quest'ultimo veicolo la violazione dell'obbligo di rispettare la distanza di sicurezza, di cui all'art. 149 c.s.. *(nuovo c.s.; art. 149; nuovo c.s., art. 154).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 3/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. III, 16 novembre 2011, n. 24016

Pres. Preden – Est. Amatucci – P.M. Sgroi (Diff.) – Ric. G.G. ed altri (Avv. Lo Nigro) C. M.D. ed altri

Risarcimento del danno – Parenti della vittima (morte di congiunti) – Diritto al risarcimento – Danno non patrimoniale – Personalizzazione – Necessità.

In tema di risarcimento del danno non patrimoniale è necessario che il giudice proceda ad un'adeguata personalizzazione del danno biologico tenendo conto anche dei pregiudizi ulteriori derivanti dalla perdita del rapporto parentale e dalla permanente sofferenza dei congiunti sopravvissuti, al fine di evitare che il risarcimento sia immotivatamente contenuto in valori effettivamente irrisori, del tutto inusuali e non tali da garantire l'integralità dello stesso. *(Mass. Redaz.) (c.c., art. 1226; c.c., art: 2043; c.c., art. 2059).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 2/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. VI, Ord. 23 novembre 2011, n. 24748
Pres. Finocchiaro – Est. De Stefano – P.M. Destro (Conf.) – Ric. F.A.(Avv.ti Toschi e Fiorelli) C. M.P. ed altri

Risarcimento del danno – Valutazione e liquidazione – Invalidità personale – Danno biologico – Tabelle dei tribunali – Adeguata personalizzazione – Sussistenza.

In tema di risarcimento del danno biologico conseguente a sinistro stradale, le tabelle dei tribunali costituiscono soltanto un parametro per la liquidazione equitativa che deve essere attuata con adeguata personalizzazione, non sussistendo un diritto soggettivo del soggettodanneggiato all'applicazione di una tabella piuttosto che di un'altra. (Mass. Redaz.) *(c.c., art. 1226; c.c., art: 2056).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 2/2012

▲▼▲

CORTE DI CASSAZIONE CIVILE
Sez. VI, Ord. 23 novembre 2011, n. 24748
Pres. Finocchiaro – Est. De Stefano – P.M. Destro (Conf.) – Ric. F.A. (Avv.ti Toschi e Fiorelli) C. M.P. ed altri

Risarcimento del danno – Valutazione e liquidazione – Invalidità personale – Danno biologico – Tabelle dei tribunali – Adeguata personalizzazione – Sussistenza.

In tema di risarcimento del danno biologico conseguente a sinistro stradale, le tabelle dei tribunali costituiscono soltanto un parametro per la liquidazione equitativa che deve essere attuata con adeguata personalizzazione, non sussistendo un diritto soggettivo del soggettodanneggiato all'applicazione di una tabella piuttosto che di un'altra. (Mass. Redaz.) *(c.c., art. 1226; c.c., art. 2056).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 2/2012

GIURISPRUDENZA DI MERITO

TRIBUNALE CIVILE DI NAPOLI
Sez. III, 3 gennaio 2012, n. 62
Est. Sacchi – Ric. Minucci V. e P. (Avv.ti Minucci V. e P.) C. Unipol Assicurazioni Spa (Avv.ti Raio A. e R.)

Risarcimento del danno – Danno non patrimoniale – Compensi per l'assistenza legale del danneggiato da sinistro stradale – Lettera dell'assicuratore al danneggiato contenente l'indicazione della somma da risarcire – Comprensiva dei compensi per l'attività professionale – Omissione – Grave lesione della dignità professionale dell'avvocato – Conseguenze.

L'invio di lettere da parte degli assicuratori presso i domicili dei danneggiati da sinistro stradale, nelle quali, dopo l'emissione di una sentenza, viene indicato che la somma intestata al danneggiato non comprende i compensi per l'attività professionale (in quanto pagati a parte) senza precisare che le predette somme contengono, invece, i diritti e gli onorari relativi alla notifica dell'atto di precetto, costituisce grave lesione della dignità professionale dell'avvocato che va, pertanto, risarcita quale danno non patrimoniale. *(c.c., art. 2059; d. l.vo 7 settembre 2005, n. 209, art. 148).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 3/2012

▲▼▲

GIUDICE DI PACE CIVILE DI TORINO
4 ottobre 2011, n. 8721
Est. Pappalettere – Ric. Francone (Avv. Arcudi) C. SARA Ass.ni Spa (Avv. Ottavis)

Risarcimento del danno – Danno non patrimoniale – Danno morale – Soggettivo – Liquidazione – Criteri – Personalizzazione – Configurabilità.

In tema di risarcimento danni derivanti da sinistro stradale, il giudice deve procedere alla personalizzazione della liquidazione del c.d. danno morale soggettivo (transeunte turbamento psicologico) tenendo conto della sofferenza, da considerarsi provata in base a semplice presunzione, patita dal danneggiato per le lesioni subite. *(c.c., art. 2059)*[1].

Arch. giur. circ. e sin. strad. 4/2012

[1] Le pronunce "gemelle" delle sezioni unite civili 11 novembre 2008, n.26972-75 (la n.26973 trovasi pubblicata in *questa Rivista* 2009, 25) hanno affermato che «Il danno non patrimoniale è una categoria ampia ed omnicomprensiva, all'interno della quale non è possibile ritagliare ulteriori sottocategorie, se non con valenza meramente descrittiva. È, pertanto, scorretto e non conforme al dettato normativo pretendere di distinguere il c.d. "danno morale soggettivo", inteso quale sofferenza psichica transeunte, dagli altri danni non patrimoniali: la sofferenza morale non è che uno dei molteplici aspetti di cui il giudice deve tenere conto nella liquidazione dell'unico ed unitario danno non patrimoniale, e non un pregiudizio a sè stante». Si discostano in parte dall'orientamento delle SS.UU. Cass. civ. 10 marzo 2010, n.5770, *ivi* 2011, 605 e Cass. civ. 12 dicembre 2088, n.29191, in *Ius&Lex*, dvd n.2/2011, ed. La Tribuna, secondo le quali «Nella quantificazione del danno morale contestuale alla lesione del diritto alla salute, la valutazione di tale voce di danno, dotata di logica autonomia in relazione alla diversità del bene protetto, che pure attiene ad un diritto inviolabile della persona ovvero all'integrità morale, quale massima espressione della dignità umana, desumibile dall'art. 2 della Costituzione in relazione all'art. 1 della Carta di Nizza, contenuta nel Trattato di Lisbona, ratificato dall'Italia con legge 2 agosto 2008 n.190, deve tener conto delle condizioni soggettive della persona umana e della gravità del fatto, senza che possa quantificarsi il valore dell'integrità morale come una quota minore proporzionale al danno alla salute, sicché vanno esclusi meccanismi semplificativi di liquidazione di tipo automatico». Segue quest'ultimo indirizzo la sentenza Trib. civ. Camerino 18 marzo 2011, in *questa Rivista* 2011, 715. In dottrina, v. G. BUFFONE, *Liquidazione del danno biologico e del danno morale da sinistro stradale: progressiva erosione della tesi della somatizzazione (SS.UU. 26972/2008), ivi* 2009, 783 e G. GUSSONI, *Sull'inconsistenza scientifica e giuridica del concetto di danno morale come voce di danno autonoma in presenza di danno biologico, ivi* 2011, 181.

▲▼▲

TRIBUNALE CIVILE DI MILANO
Sez. XI, 13 luglio 2011, n. 9514
Est. Ferrari Da Grado – Ric. C.C. (Avv. Garolla) C. Zurigo Assicurazioni Spa ed altri (Avv. Chioda)

Risarcimento del danno – Parenti della vittima (morte di congiunti) – Diritto al risarcimento – Ex convivente di persona deceduta in seguito a sinistro stradale – Danno da perdita del rapporto parentale e danno biologico iure hereditario.

All'ex convivente more uxorio di persona deceduta in seguito a sinistro stradale compete iure proprio il danno non patrimoniale per la perdita del rapporto parentale, nonché, iure hereditario, il danno biologico maturato dalla vittima nel tempo intercorso tra l'incidente ed il decesso, quando risulti dimostrata la sussistenza di una relazione caratterizzata da tendenziale stabilità e da mutua assistenza morale e materiale. (Nella fattispecie l'ex convivente era stato nominato erede universale con testamento olografo). *(c.c., art. 2059).*

Arch. giur. circ. e sin. strad. 2/2012 ■

Anche alla parte soccombente spetta l'equo indennizzo se la causa è troppo lunga

SUPREMA CORTE DI CASSAZIONE
SEZIONE VI CIVILE
Sentenza 12 dicembre 2011 – 9 gennaio 2012, n. 35
(Presidente Salmè – Relatore Schirò)

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con un unico motivo i ricorrenti si dolgono che la Corte di merito, con violazione dell'art. 2, comma 3, della legge 2001/89, abbia rigettato la domanda, ritenendo che la palese infondatezza della domanda proposta davanti al Tar consentiva di escludere - anche in conseguenza dell'esito negativo di un giudizio di legittimità costituzionale, definito dalla Corte costituzionale con sentenza n. 330/1999 dichiarativa della non fondatezza della questione sollevata, intervenuta proprio in concomitanza con il decorso della durata ragionevole del processo che l'attesa della definizione della controversia, dall'esito sfavorevole ormai scontato, potesse aver procurato ai ricorrenti medesimi un patema d'animo indennizzabile.

Il ricorso è fondato.

Infatti, in caso di violazione del termine di durata ragionevole del processo, il diritto all'equa riparazione di cui all'art. 2 della legge n. 89 del 2001 spetta a tutte le parti del processo, indipendentemente dal fatto che esse siano risultate vittoriose o soccombenti e dalla consistenza economica ed importanza del giudizio, a meno che l'esito del processo presupposto non abbia un indiretto riflesso sull'identificazione, o sulla misura, del pregiudizio morale sofferto dalla parte in conseguenza dell'eccessiva durata della causa, come quando il soccombente abbia promosso una lite temeraria, o abbia artatamente resistito in giudizio al solo fine di perseguire proprio il perfezionamento della fattispecie di cui al richiamato art. 2, e dunque in difetto di una condizione soggettiva di incertezza, restando irrilevante l'asserita consapevolezza da parte dell'istante della scarsa probabilità di successo dell'iniziativa giudiziaria. Dell'esistenza di queste situazioni, costituenti abuso del processo, deve dare prova puntuale l'Amministrazione, non essendo sufficiente, a tal fine, la deduzione che la domanda della parte sia stata dichiarata manifestamente infondata (Cass. 2006/7139; 2008/24269; 2010/9938).

La Corte di appello di Bologna - nel rigettare il ricorso osservando che la palese infondatezza della domanda proposta davanti al Tar consentiva di escludere che l'attesa della definizione della controversia, dall'esito sfavorevole ormai scontato dopo la pronuncia della Corte costituzionale n.330/1999 dichiarativa della non fondatezza della questione di legittimità costituzionale sollevata e intervenuta proprio in concomitanza con il decorso della durata ragionevole del processo, potesse aver procurato ai ricorrenti un patema d'animo indennizzabile - non si è uniformata ali'orientamento sopra enunciato e il decreto impugnato deve essere conseguentemente annullato.

Non essendo necessari ulteriori accertamenti di fatto, la causa può essere decisa nel merito, ai sensi dell'art. 384, comma 2, c.p.c.

Si deve, in primo luogo, osservare che non si rinvengono in atti elementi che, alla stregua del principio in precedenza enunciato, consentano di ritenere che i ricorrenti, pur proponendo una domanda priva di fondamento, abbiano promosso una lite temeraria in difetto di una condizione soggettiva di incertezza e che pertanto non si sia nella specie verificato il pregiudizio morale conseguente all'eccessiva durata della causa, tenuto conto che questo si verifica di regola come effetto della violazione medesima e non abbisogna di essere provato sia pure attraverso elementi presuntivi (Cass. 2005/21088; 2006/7139).

Va altresì rilevato che il giudizio presupposto - promosso davanti al Tar Emilia Romagna con ricorso del 18 aprile 1996 e non ancora definito alla data di deposito del ricorso per equa riparazione (3 aprile 2009) - si è protratto per tredici anni, con conseguente superamento nella misura di dieci anni del termine ragionevole di durata, determinato per il giudizio di primo grado in tre anni alla stregua dei parametri fissati dalla Corte europea dei diritti deli'uomo e della Corte di cassazione (Cass. 2008/14).

In ordine al criterio per indennizzare la parte del danno non patrimoniale subito nel processo presupposto va considerato che la CEDU, in alcune decisioni (Volta et autres c. Italia, del 16 marzo 2010; Falco et autres c. Italia, del 6 aprile 2010) ha ritenuto che potessero essere liquidate, a titolo di indennizzo per il danno non patrimoniale da eccessiva durata del processo, in relazione ai singoli casi e alle loro peculiarità, somme complessive d'importo notevolmente inferiore a quella di mille euro annue normalmente liquidata, con valutazioni del danno non patrimoniale che consentono al giudice italiano di procedere, in relazione alle particolarità della fattispecie, a valutazioni più riduttive rispetto a quelle in precedenza ritenute congrue (v. Cass. 2010/14753; 2010/15130).

Nel caso di specie, considerati i margini di valutazione equitativa adottabili in conformità dei criteri ricavabili dalla sopra menzionata giurisprudenza della CEDU e valutate le specificità del caso in relazione al protrarsi della procedura dinanzi al Tar Emilia Romagna oltre i limiti ragionevoli di durata, e in particolare del lunghissimo periodo in cui non vi è stato impulso sollecitatorio di parte, avendo i ricorrenti presentato istanza di prelievo soltanto il 17 e il 28 febbraio 20909, a ciascuno dei ricorrenti va liquidata in via equitativa, per danno non patrimoniale, la somma di euro 6.500,00 con gli interessi legali dalla domanda, al cui pagamento deve essere condannato il Ministero soccombente.

Le spese del giudizio di merito e quelle del giudizio di cassazione seguono la soccombenza e vanno liquidate come in dispositivo, in base alle tariffe professionali previste dall'ordinamento italiano con riferimento al giudizio di natura contenziosa (Cass. 2008/23397; 2008/25352).

P.Q.M.

La Corte accoglie il ricorso. Cassa il decreto impugnato e, decidendo nel merito, condanna il Ministero dell'Economia e delle Finanze al pagamento in favore di ciascuno dei ricorrenti della somma di euro 6.500,00, oltre agli interessi legali dalla domanda.

Condanna il Ministero soccombente al pagamento in favore dei ricorrenti delle spese del giudizio di merito, che si liquidano in euro 1.640,00 di cui euro 1.100,00 per competenze ed euro 50,00 per esborsi, oltre a spese generali e accessori di legge.

Condanna inoltre il Ministero soccombente al pagamento delle spese del giudizio di cassazione, che si liquidano in euro 965,00, di cui euro 865,00 per onorari, oltre a spese generali e accessori di legge.

Durata ragionevole, processo, parti processuali, equa riparazione

Cassazione civile , sez. VI, sentenza 09.01.2012 n° 35

LA MASSIMA

In caso di violazione del termine di durata ragionevole del processo, il diritto all'equa riparazione spetta a tutte le parti del processo, indipendentemente dal fatto che esse siano risultate vittoriose o soccombenti e dalla consistenza economica ed importanza del giudizio, a meno che il soccombente abbia promosso una lite temeraria, o abbia artatamente resistito in giudizio al solo fine di perseguire proprio il perfezionamento del diritto alla riparazione, e dunque in difetto di una condizione soggettiva di incertezza, restando irrilevante l'asserita consapevolezza da parte dell'istante della scarsa probabilità di successo dell'iniziativa giudiziaria. (Fonte: **Massimario.it - 11/2012**).

ALTALEX

DEPOSITO OLTRE L'ANNO DELLA SENTENZA? SCATTA LA SANZIONE

Cassazione civile, SS.UU., sentenza 13.09.2011 n° 18696

Il giudice tarda oltre un anno il deposito della sentenza? Scatta la sanzione disciplinare.

La condotta del magistrato che per il deposito della motivazione di una sentenza impiega più di un anno è lesiva del diritto al giusto processo del cittadino, il quale aspetta l'esito dello stesso al fine di conoscere le ragioni della decisione.

Da tale comportamento, pertanto, discende la possibilità che il giudice possa essere sottoposto a sanzione disciplinare da parte del CSM.

Così hanno precisato i giudici di legittimità, a sezioni unite, con la sentenza 13 settembre 2011, n. 18696, nella quale hanno, altresì, individuato i tre presupposti in presenza dei quali il magistrato deve essere considerato responsabile del ritardo, ossia:

- gravità;
- reiteratezza (nel senso di ripetuto e non abituale);
- mancata causa di giustificazione.

La Corte ha accolto il ricorso sollevato dal Ministero della Giustizia avverso la sentenza del CSM che aveva assolto un giudice dalla violazione disciplinare di cui agli articoli 1 e 2, comma 1, lett. q del D.lgs. 109/2006, per il ritardo di oltre un anno nel deposito di cinque sentenze.

In particolare è stato ritenuto che il ritardo contestato poteva costituire infrazione solamente se "reiterato, grave e giustificato"; era, invece, da escludere in assenza anche di uno solo degli indicati requisiti.

Nella sentenza in commento si legge testualmente che «*I tre caratteri indicati del ritardo punibile di cui al D. Lgs. n. 109 del 2006 sono stati esattamente ritenuti necessari, anche se deve precisarsi la loro portata e funzione differente nella configurazione della fattispecie astratta dell'illecito disciplinare ai sensi della giurisprudenza più recente di questa Corte (S.U. 18 giugno 2010 n. 14697 e 16 luglio 2009 n. 16557 e Cass. 30 marzo 2011 n. 7193, avendo già S.U. 14 aprile 2011 n. 8488 negato che la congiuntiva "e" possa leggersi come "o").*

Il ricorso esattamente rileva che "reiterato" significa in italiano "ripetuto", per cui non occorre la «abitualità» dei ritardi, indispensabile invece, secondo la sentenza disciplinare, a sanzionare il comportamento dell'incolpato, perché la scarsa diligenza o laboriosità del magistrato che si esprimono nella abitualità dei ritardi nel deposito delle sentenze non sono elementi costitutivi della violazione disciplinare (cfr. le cit. S.U. n. 14697/10 e n. 16577/09). Questa Corte ha chiarito il significato della parola "ingiustificato", come carattere del ritardo, precisando che essa indica la mancanza di un fatto o di una circostanza che; renda assolutamente e concretamente inesigibile il tempestivo deposito delle sentenze, costituendo una condizione d'inesigibilità dell'ottemperanza dei termini di legge per il compimento di tale atto relativo alla funzione. La condizione di inesigibilità è giustificativa del ritardo solo in casi eccezionali e per evenienze straordinarie, allorché il ritardo ecceda dai limiti della ragionevolezza per la parte in attesa del deposito della motivazione, come può presumersi sia accaduto nelle cinque violazioni contestate al dr. C. (sulla cd. condizione di inesigibilità, cfr. C. Cost. 13 gennaio 2004, n. 5 e 20 gennaio 2008, n. 225)».

La sentenza è stata, quindi, cassata e rinviata al CSM in altra composizione per la decisione considerando «*separatamente i tre attributi analizzati, tutti rilevanti per integrare la infrazione, sia pure con funzione diversa, dando luogo alla fattispecie disciplinare la mera ripetizione e gravità dei ritardi, sempre che manchino cause di inesigibilità dell'ottemperanza dei precetti normativi sui termini per il deposito delle sentenze collegiali deliberate*».

(**Altalex**, Nota di **Manuela Rinaldi**)

ALTALEX

RC AUTO, VIZI DI CONTENUTO DELLA RICHIESTA RISARCITORIA: QUALI CONSEGUENZE?

Corte Costituzionale, sentenza 03.05.2012 n° 111

In tema di risarcimento danni da circolazione stradale, come noto, l'art. 145 Cod. Ass. Priv. subordina la proponibilità della domanda giudiziaria di risarcimento del danno alla persona, riportato in conseguenza di sinistro stradale, al decorso del c.d. *spatium deliberandi* di 90 giorni a partire dal momento in cui il danneggiato abbia presentato all'impresa di assicurazione un'istanza di risarcimento del danno, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, *"avendo osservato le modalità e i contenuti previsti dall'articolo 148"*.

L'art. 148, in particolare, prevede che la richiesta di risarcimento

1) deve contenere:
   - l'indicazione del codice fiscale degli aventi diritto al risarcimento;
   - la descrizione delle circostanze nelle quali si è verificato il sinistro;
2) deve essere accompagnata:
   - 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;
   - dalla dichiarazione ai sensi dell'articolo 142, comma 2, del **decreto legislativo n. 209 del 2005**, o, in caso di decesso, dallo stato di famiglia della vittima.

Una richiesta risarcitoria che non risponda a tutti i requisiti formali di indicazione, descrizione e allegazione richiesti dall'art. 148, presenta un vizio di contenuto di per sé idoneo ad impedire il decorso dello *spatium deliberandi* previsto dall'art. 145 e determina, pertanto, l'improponibilità dell'azione risarcitoria e della domanda giudiziale.

Lo ha confermato la Corte Costituzionale nella sentenza 3 maggio 2012, n. 111 in cui la Consulta ha inteso precisare che l'istituto dell'improponibilità della domanda così inteso, rigorosamente risultante dal combinato disposto degli artt. 145 co. 1 e 148 co. 2 C.d.S., è pienamente conforme al dettato della Costituzione e della Convenzione Europea per la Salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle Libertà Fondamentali.

Secondo i Giudici, l'onere di conformazione della richiesta risarcitoria non menoma in alcun modo, né sul piano sostanziale né sul piano processuale, la tutela del danneggiato, ma al contrario, ponendosi in rapporto funzionale con l'obbligo – posto dalla medesima normativa a carico dell'assicuratore – di formulare una congrua offerta risarcitoria in tempi prestabiliti – ha la funzione di rafforzare le possibilità di difesa offerte al danneggiato.

L'onere di diligenza preteso dal danneggiato, in altri termini, si raccorda coerentemente con l'obbligo di cooperazione imposto all'assicuratore.

La Corte Costituzionale, per altro verso, evidenzia come la previsione normativa in esame – in ogni caso – non produce alcuna restrizione di tutela sul piano sostanziale, essendo destinata ad esaurire completamente i suoi effetti sul piano processuale. La declaratoria di improponibilità dell'azione ex artt. 145 e 148 Cod. Ass. Priv., infatti, non preclude al danneggiato la possibilità di riproporre la domanda risarcitoria, nel rispetto delle predette disposizioni ed entro i termini di prescrizione del diritto, curando di sottolineare che, trattandosi di pronuncia di rito, la domanda dichiarata improponibile interrompe i termini di prescrizione, che però iniziano subito a decorrere nuovamente, senza che possa realizzarsi l'effetto "interruttivo/sospensivo" previsto dall'art. 2945 co. 2 c.c.

I principi giuridici autorevolmente espressi in Corte Costituzionale 3 maggio 2012, n. 111 sono destinati ad incidere sensibilmente sugli orientamenti della giurisprudenza di merito, in special modo dei giudici di pace, quotidianamente chiamata a decidere sulle eccezioni di improponibilità sollevate dalle compagnie di assicurazione e, molto spesso, propensi a fare propria un'interpretazione piuttosto elastica e non formalistica dei precetti normativi in esame.

In questa prospettiva, non va sottovalutato che la Consulta, nella fattispecie, ha deciso la questione di legittimità con una "semplice" sentenza di rigetto, non ricorrendo allo strumento della sentenza interpretativa.

I Giudici costituzionali, in parole povere, hanno ritenuto:

a) che l'art. 145 co. 1 Cod. Ass. Priv., letto in combinato disposto con il successivo art. 148 co. 2, debba essere interpretato secondo il significato letterale delle norme, nel senso che la violazione dell'onere di conformazione della richiesta risarcitoria a tutti i requisiti formali richiesti comporta l'improponibilità della domanda giudiziale;
b) che la disposizione, così rigorosamente interpretata, non contrasta con principi di rango costituzionale.

(**Altalex**, Nota di **Raffaele Plenteda.** Vedi anche il volume **Danni da circolazione stradale** dello stesso autore)

ALTALEX

SINISTRI STRADALI: GDP DI NAPOLI "AGGIRA" LA MEDIAZIONE OBBLIGATORIA

Giudice di Pace Napoli, sez. II, sentenza 23.03.2012

L'interessante sentenza 23 marzo 2012 del GdP di Napoli aggira il problema della **mediazione obbligatoria** per quanto riguarda le cause rientranti nella competenza del Giudice di Pace.

Nella causa in questione, la controparte aveva sollevato l'eccezione di improcedibilità della domanda per mancato esperimento del procedimento di mediazione obbligatorio di cui al **D.Lgs. 28/2010**, trattandosi di controversia concernente il risarcimento di danni derivanti dalla circolazione di autoveicoli.

Il GdP di Napoli rigetta l'eccezione, sostenendo che il procedimento dinanzi al Giudice di Pace già prevede sia la **conciliazione in sede contenziosa, in virtù dell'art. 320 comma 1 c.p.c, che in sede non contenziosa ai sensi dell'art. 322 c.p.c.**

Per cui, non avendo il **D.Lgs. 28/2010** previsto alcuna abrogazione delle suddette norme del codice di procedura civile, *"nel procedimento dinanzi al giudice di pace vanno applicate le disposizioni di cui al libro II, titolo II, dall'art. 11 al 322 c.p.c."*.

"Una diversa interpretazione", continua il giudice, *"non solo sarebbe in contrasto con il delineato quadro sistemico ma si rivelerebbe manifestamente illogica. Ed invero l'intento deflattivo che si è proposto il legislatore è stato assecondato proprio dall'istituto del giudice di pace che è nato (nomen omen) con lo scopo di favorire la conciliazione delle controversie che può avvenire nella fase giudiziale ex art. 320 c.p.c. Ovvero in quella stragiudiziale azionabile ex art. 322 c.p.c. E pertanto sarebbe paradossale escludere dal processo conciliativo un istituto che è nato precipuamente per lo svolgimento di tale finalità"*.

Quindi, il Gdp di Napoli ha statuito che, **nei giudizi instaurati innanzi al Giudice di Pace ed aventi ad oggetto controversie su materie in ordine a cui costituisca condizione di procedibilità il previo esperimento del tentativo di mediazione ex art. 5 del D.Lgs. 28/2010, non si debba applicare la disposizione normativa medesima in quanto a ciò osta la sussistenza degli artt. 320 e 322 del codice di procedura civile, in base ai quali nell'ambito del rito dinanzi al GdP sono già contemplati istituti di composizione bonaria delle controversie.**

Il giudice aggiunge, inoltre, che comunque il mancato esperimento del tentativo di mediazione non comporta affatto l'improcedibilità della domanda, quanto piuttosto obbliga il giudice ad assegnare alle parti un termine di 15 giorni per la proposizione dell'istante con la fissazione di una successiva udienza dopo la scadenza del termine previsto dall'art. 6 del decreto suddetto (cioè 4 mesi dalla scadenza dei 15 giorni).

La sentenza, ben argomentata, presenta un vizio di fondo, in quanto dinanzi ad una eccezione di parte avrebbe dovuto applicare correttamente la disciplina legislativa, nel senso di riaffermare la obbligatorietà del tentativo di mediazione dinanzi ad uno degli organismi accreditati presso il Ministero della Giustizia, adottando i provvedimenti di cui all'art. 5, comma 1, del **D.Lgs. 28/2010** e disponendo il rinvio della udienza, anziché procedere oltre nell'esame del merito.

Il non averlo fatto getta un'ombra sulla sentenza del GdP di Napoli, che significa di fatto la sostanziale abrogazione della mediazione obbligatoria, e sulla iniziativa di matrice forense volta a riportare dinanzi al Giudice di Pace la conciliazione nella materia delle controversie concernenti le controversie relative al risarcimento danni da circolazione di veicoli (e natanti), che trae spunto dalla pronuncia che si annota.

(**Altalex**, Nota di **Vittorio Raeli**. Fonte: **Altamediazione.it**)

GIUDICE DI PACE DI NAPOLI
SEZIONE II
Sentenza 23 marzo 2012

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
Il Giudice di Pace di Napoli Avv. Felice Alberto D'Onofrio,
II Sezione
ha pronunziato la seguente

SENTENZA

...omissis...

Oggetto: risarcimento danni Conclusioni: come da verbali ed atti di causa

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione, ritualmente notificato, l'istante, il quale aveva stipulato con la convenuta polizza

...omissis....

Radicatosi il contraddittorio, si costituiva la convenuta che impugnava la domanda chiedendone il rigetto preliminarmente eccependo improcedibilità della domanda per mancato esperimento della media-conciliazione nonché incompetenza per valore, indi disposto decidersi le eccezioni preliminari unitamente al merito della controversia ex art. 187 c.p.c. – 321 c.p.c., precisate le conclusioni di cui in epigrafe, all'udienza del 12/03/12, la causa veniva riservata a sentenza.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Va preliminarmente esaminatala questione della applicabilità al presente giudizio della media-conciliazione. Invero, non vi è dubbio che la materia trattata rientri in quelle pre-

viste dall'art 5 comma I del d.lgs. 28/10 tuttavia, va osservato che una nuova norma non può essere considerata avulsa dal contesto preesistente ma va applicata ed interpretata all'interno dell'ordinamento giuridico nel quale si inserisce.

Nel caso specifico va affrontato il rapporto tra il predetto d.lgs., il giudizio dinanzi al giudice di pace e l'art. 322 c.p.c.

Ebbene per risolvere eventuali antinomie l'ordinamento giuridico deve avere una propria coerenza sistemica con la conseguenza che il giudice secondo criteri logici o positivamente presenti, deve stabilire quale sia la norma da eliminare o da applicare al caso concreto.

Come è noto i criteri di risoluzione delle antinomie, sono quattro quello cronologico (lex posterior derogat priori), quello della specialità (lex specialis derogat generali), quello gerarchico (lex superior derogat interiori), ed, infine quello della competenza.

In particolare secondo il criterio di specialità va considerato il brocardo "lex posterior generalis non derogat priori speciali". Detto criterio, anche questo avente natura logico teoretica, limita l'applicazione di quello cronologico, poichè nel caso della norma speciale il rapporto contenutistico prevale sulla dimensione temporale.

In questo quadro va contestualizzato l'art. 311 c.p.c. il quale prevede espressamente che "il procedimento dinanzi al giudice di pace per tutto ciò che non è regolato nel presente titolo o in altre espresse disposizioni, è retto dalle norme relative al procedimento davanti al tribunale in composizione monocratica in quanto applicabili".

Ebbene, la predetta disposizione, come già puntualmente evidenziato dalla Suprema Corte con ord. n. 21416/08, non soltanto si pone in rapporto di specialità rispetto al procedimento dinanzi al Tribunale, ma si configura come "metanorma" in quanto indica il modo di legiferare in ordine al rito processuale applicabile dinanzi al giudice cui si riferisce.

In particolare, la norma dispone in via diretta che il procedimento dinanzi al giudice di pace è regolato dalle norme del titolo secondo del libro secondo e, per ciò che esse non regolano, da quelle sul procedimento dinanzi al tribunale in composizione monocratica (di cui al capo terzo del titolo primo di detto libro), ed esige che un diverso regolamento risulti da altre espresse disposizioni. Ne discende che una norma sul rito può essere applicata al Giudice di Pace solo se essa lo disponga espressamente altrimenti continuano ad applicarsi le disposizioni di cui al predetto titolo II.

Va, altresì, osservato che il procedimento dinanzi al Giudice di Pace già prevede sia la conciliazione in sede contenziosa in virtù dell'art. 320 comma I che e in sede non contenziosa (non prevista invece dinanzi al Tribunale) ai sensi dell'art. 322 c.p.c. e tale istituto preesistente al d.lgs. 28/2010, de quo vertitur, essendo stato introdotto sin dall'istituzione del giudice di Pace (L. 374/91).

Il predetto art. 322 c.p.c. detta al primo comma le modalità di presentazione della istanza, la quale può essere proposta anche verbalmente al giudice di Pace competente per territorio secondo le disposizioni della sezione III, capo I, titolo, I libro I mentre al comma 2 precisa che il processo verbale di conciliazione non contenziosa costituisce titolo esecutivo, a norma dell'art. 185, ultimo comma, se la controversia rientra nella competenza del giudice di Pace.

Dunque il d.lgs.28/10 non contiene alcun richiamo al giudice di Pace nè dispone espressamente l'abrogazione degli art. 320 e art. 322 c.p.c. ne deriva che in conformità a quanto affermato dalla Suprema Corte, nel procedimento dinanzi al giudice di Pace vanno applicate le disposizioni di cui al libro II, titolo II, dall'art.311 al 322 c.p.c..

Una diversa interpretazione non solo sarebbe in contrasto con il delineato quadro sistemico ma si rivelerebbe manifestamente illogica. Ed invero l'intento deflattivo che si è proposto il legislatore è stato assecondato proprio dall'istituto del giudice di pace che è nato (nomen omen) con lo scopo di favorire la conciliazione delle controversie che può avvenire nella fase giudiziale ex art. 320 c.p.c. ovvero in quella stragiudiziale azionabile ex art. 322 c.p.c. e pertanto sarebbe paradossale escludere dal processo conciliativo un istituto che è nato precipuamente per lo svolgimento di tale finalità.

Sotto altro profilo va, in ogni caso, rilevato che il mancato esperimento o conclusione della mediazione, laddove applicabile, non comporta l'improcedibilità della domanda ma ai sensi dell'art. 5 d.lgs. 28/10 l'assegnazione da parte del Giudice di 15 giorni per la proposizione della istanza con la fissazione di una successiva udienza dopo la scadenza del termine previsto dall' art. 6 del citato d.lgs.

Va, altresì, rigettata l'eccezione di incompetenza per valore tenuto conto che, anche senza la formulazione della clausola di contenimento, il cumulo delle domande non supera la somma prevista dall'art. 7 comma 1 c.p.c..

La legittimazione delle parti, intesa come titolarità del rapporto controverso, a differenza della Legitimatio ad causam, si configura come una questione che attiene al merito della lite e rientra nel potere dispositivo e nell'onere deduttivo e probatorio della parte interessata (ex multis Cass. n. 21192/06, Cass. n. 4796/06, trib. Napoli XI del 28/02/06).

Nel caso di specie, non solo non è stata contestata e quindi non può essere rilevata di ufficio, ma è stata documentata dall'attestato di rischio versato in atti.

Nel merito la domanda è fondata e va accolta. Invero l'art 5 comma 2 D.L. n.7 del 31/01/01 (cd. decreto Bersani Bis) convertito in legge n. 40 del 02/04/07, aggiungendo all'art. 134 i commi 4 ter e quater ha espressamente previsto al predetto comma 4 ter: "Conseguentemente al verificarsi di un sinistro, le imprese di assicurazione non possono applicare alcuna variazione di classe di merito prima di aver accertato l'effettiva responsabilità del contraente, che è individuata nel responsabile principale del sinistro, secondo la liquidazione effettuata in relazione al danno e fatto salvo un diverso accertamento in sede giudiziale.

Ove non sia possibile accertare la responsabilità principale, (ovvero, in via provvisoria, salvo conguaglio, in caso di liquidazione parziale.) la responsabilità si computa pro quota in relazione al numero dei conducenti coinvolti, ai fini della eventuale variazione di classe a seguito di più sinistri" ed al successivo comma 4 - quater : "È fatto comunque obbligo alle imprese di assicurazione di comunicare tempestivamente al contraente le variazioni peggiorative apportate alla classe di merito.»

Nel caso di specie a fronte di quanto lamentato dall'attore il quale ha documentato il declassamento versando in atti l'attestato di rischio, l'onere della prova incombeva sulla impresa assicurativa.

Di contro l'assicuratore non ha documentato di aver nterpellato l'istante, posto che per esplicita statuizione normativa sull' assicuratore ricade l'onere, prima di liquidare il danno, di accertare la responsabilità dell'incidente nè di avergli comunicato, in violazione dell'art. 1917 C.C., la volontà di voler pagare al danneggiato l'indennità dovuta; infine, in violazione a quanto previsto dal citato art. 4 ter non ha dato prova di aver tempestivamente avvisato l'assicurato della variazione della classe di merito.

Va, pertanto, dichiarata l'illegittimità del declassamento con la condanna della impresa assicurativa ad assegnare all'attrice la 2° classe.

Per quanto concerne la ripetizione delle somme indebitamente percepite va osservato che l'istante non ha versato in atti le relative polizze e quindi non è possibile quantificare l'importo indebitamente pagato. In ogni caso, ritenuta l'esistenza ontologica del danno, stante la difficoltà di provarlo nel suo preciso ammontare, si procede alla liquidazione in via equitativa ai sensi degli artt. 1226 e 2056 cod. civ., espressione del più generale potere di cui all'art. 115 c.p.c.

Ed invero è pacifico in giurisprudenza che l'esercizio del potere discrezionale di liquidare il danno in via equitativa, conferito al giudice dagli art, 1226 e 2056 cod. civ., presuppone che sia provata l'esistenza di danni risarcibili e che risulti obiettivamente impossibile o particolarmente difficile, per la parte interessata, provare il danno nel suo preciso ammontare (ex plurimis Cass. 22447/11, 10607/10) e pertanto la convenuta va condannata al pagamento di euro 300,00 oltre interessi dalla domanda. Le spese seguono la soccombenza e vengono liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.

pronunciando definitivamente sulla causa promossa come in narrativa, disattesa ogni contraria istanza ed eccezione, cosi provvede:

– accoglie la domanda principale e condanna l'impresa assicurativa convenuta ad assegnare alla società istante la 2° classe di merito nonché la condanna al pagamento in favore della predetta attrice della somma di euro 300,00, oltre interessi;

– condanna, infine, la convenuta al pagamento in favore dell'avv A., distrattario, delle spese di lite che liquida, di ufficio in assenza di nota spese, in euro 40,00 per spese, euro 300,00 per diritti ed euro 190,00 per onorario di avvocato, oltre rimborso spese forfettarie, cpa, iva.

Napoli, li 23/03/12

Il Giudice di Pace, Avv. Felice A. D'Onofrio ■

Da vere dichiarazioni post incidente CID

Il pedone non aveva idea di dove scappare, così io andai verso di lui.

Il palo della luce si stava avvicinando. Stavo tentando di schivarlo, quando mi venne addosso.

Avevo detto alla polizia che non ero ferito, ma togliendomi il cappello ho scoperto di avere il cranio fratturato.

Una macchina invisibile uscì da chissà dove, urtò la mia auto e scomparve.

Giungevo all'incrocio, quando improvvisamente apparve un cartello di stop dove non era mai apparso. Non riuscii a fermarmi in tempo.

Ho guidato per 40 anni; poi mi sono addormentato al volante e ho avuto un incidente.

Avevo comprato diverse piante. Arrivato a un incrocio, una di queste mi si fece davanti coprendomi la visuale; ecco perché non vidi l'altra macchina.

L'altra vettura mi ha urtato senza dare avviso delle sue intenzioni.

Andando a casa ho girato nella villetta sbagliata e mi sono scontrato con un albero che non ho.

Mi sono scontrato con una pompa di benzina proveniente dall'altra direzione.

Un camion si è scontrato con la faccia di mia moglie.

Un pedone mi ha colpito ed è finito sotto la mia auto.

Il tipo barcollava in mezzo alla strada. Ho dovuto sterzare diverse volte prima d'investirlo.

Mentre tentavo di uccidere una mosca, mi sono scontrato con un palo del telefono.

Giungevo all'incrocio, quando improvvisamente apparve un topo. Non riuscii a fermarmi in tempo.

Per evitare di colpire il paraurti della macchina davanti, stirai il pedone.

La mia auto era perfettamente parcheggiata quando ha investito l'altro veicolo.

Lombardia

Perché nasce CNA Professioni

In Italia vi sono 5 milioni di professionisti, di cui 1.800.00 iscritti agli ordini e 3.200.000 non regolamentati.
Il notevole sviluppo che anche nel nostro Paese hanno conosciuto le attività professionali è strettamente legato ai caratteri della crescita economica nella società post industriale.
Occorre una nuova rappresentanza.

Pochi dati. Nel rapporto CENSIS 2007 si afferma che il numero dei professionisti in Italia è di circa 5 milioni, di cui 1.800.00 iscritti agli ordini e 3.200.000 non regolamentati. Le Associazioni Professionali che rappresentano le professioni non regolamentate, inserite nell'ultimo rapporto del CNEL sono circa 200, in rappresentanza di 70 nuove professioni. Inoltre sono state censite dall'ISTAT ben 811 diverse attività professionali che combinandosi compongono un numero imprecisato di profili professionali. Questi alcuni punti di riferimento per avere una prima, sommaria dimensione del fenomeno di cui dobbiamo occuparci.

Cosa sono le nuove professioni. Lo straordinario sviluppo che anche nel nostro Paese hanno conosciuto le attività professionale è strettamente legato ai caratteri della crescita economica nella società postindustriale. Per un verso l'economia della conoscenza, per altro il diffondersi di nuovi servizi alla persona ed ai sistemi produttivi, hanno creato una inedita domanda di prestazioni che ha assunto, al di fuori di contesti organizzativi tipici della grande impresa, nella grande maggioranza dei casi, un carattere di autoimprenditorialità professionale. Con ciò si intende che queste attività vengono prestate principalmente dal singolo operatore o nell'ambito di una piccola unità, su richiesta di imprese o di singoli, per un periodo di tempo delimitato e con un obiettivo ben individuato, secondo modalità e tecniche consolidate in un profilo professionale che ha un iter formativo certo d'un contenuto, almeno in parte, intellettuale.
L'insieme di queste attività, anche molto differenziate le une dalle altre, hanno in comune alcuni tratti: la mancanza di ogni regolamentazione che ha delineato un contesto privo di garanzie per il consumatore, la netta separazione e distinzione rispetto alle professioni storiche, cosiddette "ordinistiche" (quello cioè organizzate per ordini od albi professionali, dal notaio, al medico, all'avvocato, al commercialista, al geometra, ecc. ecc.) ed una forte dinamicità che con continuità presenta sul mercato nuove figure professionali e ridefinisce quelle esistenti.
Questo mondo spazia da tutte le attività paramediche che hanno a che fare con il benessere della persona a quelle nate a ridosso dell'elettronica, di internet e dei computer, dai servizi alle imprese nel campo fieristico, convegnistico, pubblicitario e di marketing, al settore della formazione e dello spettacolo. C'è chi afferma questi professionisti sono gli artigiani del nuovo secolo, destinati a sostituire, man a mano, che procedono i cambiamenti nell'economia e nei costumi, il lavoro artigiano, il quale ha come riferimento beni e servizi che il mercato richiede sempre meno nelle loro forme più tradizionali.
Come per l'artigiano che conosciamo e che rappresentiamo, la connotazione prevalente e tipica delle attività professionali, divenute progressivamente indispensabili al complessivo funzionamento dell'economia post industriale, è quella di essere esercitata in modo autonomo, seguendo un bagaglio di competenze specifiche, basandosi sull'indipendenza di giudizio intellettuale e tecnica.

Le nuove professioni possono dare luogo a diversi tipi di attività. Possono essere la condizione per avviare una impresa (il diplomato in scienze motorie che apre una palestra, il laureato in informatica che apre una software house, ecc. ecc.) per avviare uno studio professionale (il consulente infortunistico, il tributarista, ecc, ecc,) per offrire la loro professionalità alle imprese per periodi de-

terminati (l'esperto di marketing, il traduttore, il DJ, ecc. ecc.) ed anche per esercitare, in alcuni casi, nella forma del lavoro dipendente (il massaggiatore che lavora in un centro benessere, l'interprete assunto da un centro congressi, ecc. ecc.). In qualsiasi modo esplichino la loro professione dovranno dotarsi, prima o poi, di una forma associativa, riconosciuta dallo Stato, che attesti e tuteli la loro professionalità. Questa è già ora e sarà sempre di più la forma associativa più importante per il singolo professionista, perché tutela il "bene" professionalità che può essere spesso, come si è detto, in forme diverse. Come per un geometra ad esempio è oggi l'albo professionale, sia che abbia lo studio, che sia dipendente di un ente locale oppure che sia titolare di un'impresa edile.
Le previsioni sullo sviluppo delle nuove attività professionali sono unanimemente valutate in direzione di una crescita molto sostenuta che accompagnerà le trasformazioni già in atto delle economie e delle società più sviluppate. Insomma si tratta di una grande novità, rappresentata da nuove figure sociali che si affacciano per la prima volta sul mercato della rappresentanza. È un bacino potenziale attualmente composto da circa 3 milioni di soggetti e destinato a crescere in modo sostenuto e con continuità nei prossimi anni.

Occorre una nuova regolamentazione. La mancanza di ogni regolamentazione ha fatto crescere invece, le nuove professioni e le vecchie, in un contesto nel quale le imprese e i singoli consumatori non hanno sempre potuto distinguere servizi e prestazioni davvero qualificati da offerte scadenti, quando non addirittura truffaldine. E lo sviluppo di queste attività nel nostro Paese è stato più lento che altrove, proprio a causa della diffidenza del mercato nei confronti di prestazioni che sono sempre più necessaire all'economia ed alla società, ma sono prive però di requisiti per identificarne la reale qualità.

Occorre una nuova rappresentanza. CNA Professioni sarà quindi un'opportunità per tutti i professionisti che operano nel nostro Paese. Sono già 21 le Associazioni professionali affiliate che hanno portato all'interno del Sistema CNA oltre 20.0.000 professionisti appartenenti a svariati settori. Ma CNA Professioni rimane aperta per accogliere ulteriori associazioni già costituite all'esterno oppure che possano scaturire dall'interno dello stesso Sistema CNA. Informatici, grafici e fotografi oggi raccolti all'interno dell'Unione Comunicazione e Terziario Avanzato stanno già valutando di costituire specifiche associazioni professionali; estetiste, massaggiatori e tatuatori, raccolti all'interno dell'Unione Benessere e Sanità potrebbero fare lo stesso. Le CNA regionali sono preparate a costituire coordinamenti regionali di CNA Professioni, le CNA provinciali sono pronte ad offrire tutta la gamma di servizi disponibili ai "professionisti" che li richiederanno.
La CNA parte per una nuova avventura ed è molto determinata a portare al suo interno il "sistema di rappresentanza delle nuove professioni". **(AM)**

Indice

Speciale elezioni A.N.E.I.S. 3

Esami di certificazione per patrocinatori stragiudiziali 4

Verso il riconoscimento della professione Proposta di legge n. 1934 5

DOSSIER
Danno biologico per lesioni di lieve entità e risarcimento 11

Gazzetta Ufficiale
Testo coordinato del Decreto Legge 24 gennaio 2012, n.1 12

Nota dell'avvocato Alessandro Menin 17

O.U.A.
Rachidi "liberalizzati": un caso di propaganda legislativa inutile e tecnicamente errata 19

Società Medico Legale del Triveneto
Indicazioni medico-legali in merito al D.L. 24.1.2012, n.1 22

Nota dell'avvocato Stefano Geraci 25

Commenti dalle Società di Assicurazioni 27

Commenti dall'ISVAP 41

Commenti dall'O.U.A. 44

Notizie 45

Giurisprudenza di Legittimità 47

Giurispruenza di Merito 50

Anche alla parte soccombente spetta l'equo indennizzo se la causa è troppo lunga
Sup. Corte Cass. | Sentenza n. 35/2012 51

RC Auto, vizi di contenuto della richiesta risarcitoria: quali conseguenze?
Corte Cost. | Sentenza n. 111/2012 53

Sinistri stradali: GdP di Napoli "aggira" la mediazione obbligatoria
Giudice di Pace Napoli | Sentenza 23.03.2012 54

Perché nasce CNA Professioni 57

TribunaPocket 2012

Giorgio Gallone

TESTO UNICO DELLE ASSICURAZIONI

L'Opera è aggiornata con

▶ La **L. 24 marzo 2012, n. 27 (Legge liberalizzazioni)** che ha introdotto nuove norme in materia di repressione delle frodi assicurative e ha modificato la disciplina in materia di accertamenti delle invalidità conseguenti ad incidenti stradali.

Argomenti affrontati:

▶ CODICE DELLE ASSICURAZIONI (D.L.vo 7 settembre 2005, n. 209)
▶ CODICE CIVILE
▶ CARD
▶ DEPENALIZZAZIONE

Questo volume si rivolge a:

avvocati, magistrati, studenti, operatori del settore assicurativo.

€ 15,00

www.latribuna.it

Casa Editrice La Tribuna

Giorgio Gallone

CODICE DELLA STRADA

Commentato con dottrina e giurisprudenza

L'Opera è aggiornata con

▶ La **L. 29 luglio 2010, n. 120,** che ha recato diverse e rilevanti innovazioni in materia – fra l'altro – di guida in stato di ebbrezza e sotto l'influsso di sostanze stupefacenti; di notifica dei verbali di contestazione; di limitazioni alla guida per i neopatentati; di norme sulla rateazione del pagamento delle multe;

▶ il **D.M. 22 dicembre 2010,** che reca l'aggiornamento degli importi delle sanzioni amministrative pecuniarie conseguenti a violazioni del Codice della strada;

▶ il **D.L.vo 18 aprile 2011, n. 59,** di riforma delle condizioni per il conseguimento e il rinnovo delle patenti di guida. Le norme di questo provvedimento – destinate in gran parte ad entrare in vigore nel corso del 2013 – sono riportate in un'apposita sezione del volume, al fine di fornire agli operatori del settore il quadro completo della legislazione in materia;

▶ la **L. 12 luglio 2011, n. 106,** di conversione del Decreto sviluppo, che ha modificato l'art. 10 del Codice della strada;

▶ la **L. 15 luglio 2011, n. 111 (Legge finanziaria)** che ha modificato l'articolo 23 del Codice della strada.

Questo volume si rivolge a:

avvocati, magistrati e operatori operatori pratici di questo delicato e complesso settore del diritto.

€ 110,00

www.latribuna.it

Jaguar XK 140 drophead coupé – 1955

Telaio nr. S817557DN – Consegnata nel giugno 1955 con motore speciale e cambio a 4 marce + overdrive

Restauro totale della Carrozzeria Touring Superleggera – 2009

Optional ruote a raggi 16" Borrani RW 3445

A.N.E.I.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE ESPERTI INFORTUNISTICA STRADALE

Patrocinatori stragiudiziali

NOTIZIARIO

INFORTUNISTICA STRADALE

ANNO XX
MAGGIO→DICEMBRE

n° 5→12 | 2012

Direttore responsabile: Cav. LUIGI CIPRIANO | Presidente A.N.E.I.S. | cipriano@aneis.it
Direzione e Redazione: Presidenza A.N.E.I.S. | Calle del Gambero n. 11 | 30174 MESTRE | Tel. 041 958120 | Fax 041 952175 | E-mail: aneis@aneis.it | Sito web: www.aneis.it
Aut. Trib. PD N°1313 del 12/12/1991 · A.N.E.I.S. C.F. 92051900287 | Banca: IBAN IT73N 05035 02000 024570211463 | Posta: IBAN IT52F 07601 12100 000016781353

Le opinioni espresse negli articoli pubblicati, impegnano esclusivamente gli autori. La redazione declina ogni responsabilità in merito

RINNOVO QUOTA ASSOCIATIVA

A.N.E.I.S. 2013

Scade il 31 gennaio il termine ultimo per il versamento della quota associativa 2013

Questi gli importi

€ 175,00	Soci ORDINARI
€ 150,00	Soci AGGREGATI
€ 75,00	Soci SOSTENITORI

affrettati... non aspettare il sollecito

il versamento potrà essere effettuato mediante bonifico bancario o conto corrente postale.

Questi i numeri di conto A.N.E.I.S.

VENETO BANCA: IBAN – IT73N 05035 02000 024570211463

POSTE ITALIANE: IBAN – IT52F 07601 12100 000016781353

indicare il **COGNOME** e **NOME** e nella causale **QUOTA ASSOCIATIVA 2013**

Se non sei ancora iscritto all'ANEIS,

scarica il **modulo di iscrizione** dal sito dell'associazione **www.aneis.it** compilalo in tutte le sue parti con particolare attenzione al curriculum vitae e spediscilo alla Presidenza ANEIS con la documentazione richiesta. La Commissione Soci A.N.E.I.S. vaglierà al più presto la domanda.

A.N.E.I.S.
GLI ORGANI DELL'ASSOCIAZIONE
Triennio 2012-2015

Consiglio direttivo

Presidente **Luigi CIPRIANO**
Calle del Gambero, 11
30174 Mestre (VE)
tel. 041 958120 | fax 041 952175
e-mail *cipriano@aneis.it*

Vice Presidente **Giovanni POLATO**
Via Rovigana, 32/M
35043 Monselice (PD)
tel. 0429 783422 | fax 0429 783499
e-mail *polato@aneis.it*

Consigliere **Vincenzo BERARDINO**
Via Rizzitelli, 24
70051 Barletta
tel. 0883 334236
e-mail *berardino@aneis.it*

Consigliere **Leonardo BICCHIERAI**
Viale Belfiore, 40
50144 Firenze
tel. 055 321226 | fax 055 334058
e-mail *bicchierai@aneis.it*

Consigliere **Marco BORDONI**
Via Emilia, 3
40068 San Lazzaro di Savena (BO)
tel. 051 4602569 | fax 051 6276001
e-mail *bordoni@aneis.it*

Consigliere **Franco GENTILESCA**
Via Appia, 333
85100 Potenza
tel. 0971 704042 | fax 0971 704842
e-mail *gentilesca@aneis.it*

Consigliere **Deborah INCOGNITO**
Corso Italia, 54
95024 Acireale (CT)
tel. 095 7648376 | fax 095 7650561
e-mail *incognito@aneis.it*

Consigliere **Stefano MELOTTO**
Via Dante, 31
35139 Padova
tel. 049 664369 | fax 049 664469
e-mail *melotto@aneis.it*

Consigliere **Daniele ZARRILLO**
Via XXIX Gennaio, 19
00034 Colleferro (ROMA)
tel. 06 97080690 | fax 06 97087680
e-mail *zarrillo@aneis.it*

Revisori dei conti

Presidente **Raniero MAZZUCCATO**
P.le Pontecorvo, n.12/d | 35121 Padova
tel. 049 8751576 | fax 049 8751953

Revisore **Fabio IANNACCONE**
Via Manin, 29 | 30100 Treviso
tel. 0422 540297 | fax 0422 542304

Revisore **Ivano PANIZZA**
Galleria Roma, n.19 | 35020 Albignasego (PD)
tel. 049 8626011 | fax 049 8625299

Revisore supplente **Stefano MELOTTO**
Via Dante, n.31 | 35139 Padova
tel. 049 664369 | fax 049 664469

Revisore supplente **Giorgio TONOLO**
Via S. Maria dei Battuti, n.22 | 30171 Mestre (VE)
tel. 041 5340659 | fax 041 2669295

Commissione soci

Presidente **Lodovico SARTORI**
Via Atheste, 44/F
35042 Este (PD)
tel. 0429 603778 | fax 0429 651189
e-mail *sartori@aneis.it*

Commissario **Federica BERTIN**
Via Pacinotti, 1/B
31020 Villorba (TV)
tel. 0422 609568 | fax 0422 610402
e-mail *bertin@aneis.it*

Commissario **Alberto BOTTARO**
Via Roma, 76
35020 Albignasego (PD)
tel. 049 8626311 | fax 049 8628864
e-mail *bottaro@aneis.it*

Commissario supplente **Sabrina MINUZ**
Calle del Gambero, 11
30174 Mestre (VE)
tel. 041 958120
e-mail *minuz@aneis.it*

Commissario supplente **Franco ZUCCHINI**
Via Emilia, 1
40068 San Lazzaro di Savena (BO)
tel. 051 467310 - fax 051 6276001
e-mail *zucchini@aneis.it*

Coordinatori Regionali

ABRUZZO
Tiziano PELACCIA
Via Colonnetta, 2/A | 66013 Chieti Scalo (CH)
tel. 0871 564923 | fax 0871 564923
e-mail *area@studiopiu.info*

BASILICATA
Pasquale MANICONE
Via Vaccaro, 23 | 85100 Potenza (PZ)
tel. 338 8941550 fax 0971 1741056
e-mail *ism.manicone@alice.it*

CALABRIA
Rocco Raffaele DE SALVO
Via Corrado Alvaro, 62 | 89013 Gioia Tauro
tel./fax 0966 51392
e-mail *roccodesalvo@yahoo.it*

CAMPANIA
Sergio MOTTOLA
Largo Croci, 12 | 81057 Teano (CE)
tel./fax 0823 658094
e-mail *smservice1@virgilio.it*

EMILIA ROMAGNA
Antonio TIBONI
P.zza Bianconcini, 18/19 | 40026 Imola (BO)
tel. 0542 29600 | fax 0542 615077
e-mail *info@infortunisticatriangolo.it*

FRIULI VENEZIA GIULIA
Fabrizio DAZZAN
P.zza S. Giovanni, 2 | 34122 TRIESTE
tel. 040 368390 | fax 040 660318
e-mail *dazzan@assigest.info*

LAZIO
Fabio CAMMERATA
Via Britannia, 29 | 00183 Roma
tel. 06 77201386 | fax 06 77206360
e-mail *sticammerata@yahoo.it*

LOMBARDIA
Filippo GALTIERI
Via Parini, 20 | 221047 Saronno (VA)
tel. 02 96700808 | fax 02 967700184
e-mail *studiocis@hotmail.com*

MARCHE
Alberto ARGHITTU
Via Mario del Monaco, 3 | 61100 Pesaro
tel. 0721 405709 | fax 0721 405653
e-mail *info@studiointermedia.it*

MOLISE
Fabrizio DE LELLIS
Via Umbria, A/3 (Centro Commerciale Affari)
86170 Isernia
tel./fax 0865 235202
e-mail *fabriziodelellis@alice.it*

PIEMONTE VALLE D'AOSTA
Maria COSTA
Via Barbaro, 21 | 10143 Torino
tel. 011 7509021 | fax 011 746960
e-mail *studio@studiomariacosta.it*

PUGLIA
Michele CAMPESE
Via Ettore Fieramosca, 136
70033 Corato (BA)
tel. 080 3593073
e-mail *michelecampese@studiomica.it*

SARDEGNA
Bernardo SODINI
Via Alfredo Oriani, 13 | 07100 Sassari (SS)
tel. 079 270899 | fax 079 2823447
e-mail *sodinibernardo@tiscali.it*

SICILIA Occidentale
Carlo DE CARO CARELLA
Viale Croce Rossa, 80 | 90146 Palermo (PA)
tel./fax 091 6702405
e-mail *studioaba@tin.it*

SICILIA Orientale
Carmelo COSTA
Via Cernaia, 8 | 98123 Messina (ME)
tel. 090 6411415 | fax 090 6411417
e-mail *info@scisap.it*

TOSCANA LIGURIA
Alberto BURRINI
Via Baccio da Montelupo, 101
50142 Firenze (FI)
tel. 055 7327409 | fax 055 7377635
e-mail *stburrini@gmail.com*

TRENTINO ALTO ADIGE
Giuliano BELTRAMI
Via C. Battisti, 13 | 39040 Salorno (BZ)
tel./fax 0471 884613
e-mail *infortunistica.salorno@tin.it*

UMBRIA
Marco FRANCHI
Via Corso Vittorio Emanuele, 16
06012 Città di Castello (PG)
tel./fax 075 8550515
e-mail *vocit@libero.it*

VENETO
Francesco ROSATO
Via Cardinale Callegari, 50 | 35135 Padova
tel. 049 615451 | fax 049 8898594
e-mail *qdue@libero.it*

Comitato Scientifico

Avv.	Giorgio BACCHELLI	BOLOGNA
Dott.	Alberto BERSANI	VENEZIA
Per. Ind.	Luigi CIPRIANO	VENEZIA
Avv.	Marco FRANCESCON	TREVISO
Prof. Avv.	Giorgio GALLONE	ROMA
Avv.	Deborah INCOGNITO	CATANIA
Dott.	Calogero NICOLAI	VENEZIA
Dott.	Giovanni POLATO	PADOVA
Dott.	Claudio ROSA	VENEZIA
Prof. Dott.	Raffaele ZINNO	NAPOLI

A.N.E.I.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE ESPERTI INFORTUNISTICA STRADALE

Patrocinatori stragiudiziali

AGGIORNATO IL 14 DICEMBRE 2012

STATUTO

Art. 1

È costituita un'Associazione apolitica senza fine di lucro, denominata ASSOCIAZIONE NAZIONALE ESPERTI INFORTUNISTICA STRADALE, in sigla A.N.E.I.S.

Art. 2

L'Associazione è composta da Patrocinatori Stragiudiziali liberi professionisti che forniscono attività di assistenza, valutazione e consulenza ai danneggiati per pratiche aventi per oggetto risarcimento danni da incidente di ogni tipo da trattarsi in via stragiudiziale.

Art. 3

L'Associazione ha sede legale in Padova.
La sede operativa è locata presso lo studio del Presidente in carica.

Art. 4

L'Associazione ha durata sino al trentuno dicembre duemilacinquanta (31/12/2050) e potrà essere prorogata con deliberazione dell'Assemblea generale.

Art. 5

L'Associazione si propone di ricercare la soluzione di problemi giuridici ed economici della categoria; di formare un Albo o Ruolo professionale o, comunque, di ottenere riconoscimenti ufficiali della professione di patrocinatore stragiudiziale, di istituire e gestire una Cassa di Previdenza a favore degli iscritti.
L'Associazione ha altresì lo scopo di organizzare e realizzare corsi di fomazione e aggiornamento professionale degli iscritti, promuovendo lo studio e l'approfondimento delle materie relative al risarcimento dei danni alla persona e alle cose, ricercando giusti criteri di valutazione, quantificazione e liquidazione dei danni stessi.
L'Associazione ha per oggetto ogni servizio riguardante il ricorso alla negoziazione, alla conciliazione, all'arbitrato e a tutte le tecniche e procedure di prevenzione e risoluzione stragiudiziale delle controversie, anche on line.
In particolare l'Associazione ha per scopo sociale la fornitura di servizi di conciliazione, mediazione, risoluzione stragiudiziale delle controversie di qualsiasi natura e/o tipo insorte tra persone fisiche o giuridiche aventi domicilio o sede sociale in Italia e all'estero.
L'Associazione ha altresì lo scopo di organizzare e realizzare corsi di formazione sia in materia di patrocinio stragiudiziale sia in materia di conciliazione e/o mediazione.
Qualora consentito dalla normativa vigente, l'Associazione potrà rilasciare attestati di frequenza ai corsi o certificati abilitativi all'attività o professione di conciliatore, mediatore o arbitro.
L'Associazione potrà inoltre svolgere attività di studio e promozione culturale in materia di patrocinio, conciliazione, mediazione e soluzione alternativa delle controversie, mediante convegni, seminari, corsi, pubblicazioni, ricerche, al fine di agevolare, con qualsiasi forma di comunicazione, la conoscenza e lo sviluppo delle tecniche e risoluzioni delle problematiche inerenti sia la valutazione e quantificazione dei danni sia la conciliazione e tutte le altre soluzioni alternative alle controversie, ivi compreso l'arbitrato.
Con particolare riferimento alla conciliazione societaria, l'Associazione si adegua a quanto stabilito dal Ministero della Giustizia nel D.M. 222 e 223/2004 e D.L.vo 4 marzo 2010 n. 29 e ogni altra conciliazione vigilata e regolamentata da normative di legge che saranno al momento in vigore.

Art. 6

Possono far parte dell'Associazione in qualità di "soci ordinari" i cittadini della comunità europea in possesso di un titolo di studio di scuola media superiore o equivalente che comprovino di aver esercitato, per almeno due anni consecutivi, l'attività di patrocinatore stragiudiziale.
Possono inoltre far parte dell'Associazione, quali "soci aggregati", i cittadini della comunità europea in possesso di un titolo di studio di scuola media superiore o equivalente che abbiano iniziato professionalmente l'attività di patrocinatore stragiudiziale da meno di due anni. Costoro diverranno soci ordinari a tutti gli effetti solo dopo aver provato di aver svolto per due anni consecutivi l'attività di patrocinatore stragiudiziale acquisendo così la necessaria esperienza professionale.
In entrambi i casi di cui ai comma 1 e 2, se vi fossero dubbi sull'accoglimento della domanda, il Consiglio Direttivo potrà richiedere al candidato di sottoporsi ad un test che ne accerti la preparazione professionale.
Possono altresì far parte dell'Associazione, quali "soci sostenitori", quelle persone che dimostrino di svolgere qualsiasi attività connessa alle discipline infortunistiche, giuridiche, assicurative, medicolegali che rientrano nell'oggetto sociale dell'Associazione di cui all'art. 5.
Possono infine far parte dell'Associazione, quali "soci onorari", quelle persone che non rientrano nelle tre precedenti categorie, ma che l'Associazione può accogliere e mantenere nel suo seno in quanto svolgono attività che danno lustro e o vantaggio all'Associazione stessa.
I soci aggregati, i soci sostenitori e i soci onorari non hanno diritto di voto nelle assemblee e non possono ricoprire la carica di Consigliere nell'Associazione.

Art. 7

Per far parte dell'Associazione occorre inoltrare per iscritto domanda di ammissione, su apposito modulo, al Consiglio Direttivo, allegando la documentazione richiesta.
La domanda di iscrizione deve essere accompagnata dall'importo corrispondente alle spese di istruttoria "una tantum" il cui ammontare viene stabilito dal Consiglio Direttivo.
La domanda di ammissione implica l'adesione incondizionata e preventiva alle norme del presente Statuto e a quelle del Regolamento Commissione Soci e Coordinatori Regionali nonchè del Codice di Etica Professionale che, nella versione aggiornata, si allegano al presente statuto sotto le lettere "A" e "B".

▶

Art. 8

L'ammissione a socio avviene ad insindacabile giudizio del Direttivo, sentito il parere consultivo della Commissione Soci, e viene comunicata al richiedente per iscritto.
Dopo il pagamento della quota sociale verrà inviata la tessera e l'attestato di iscrizione.
Sono tenuti al pagamento della quota sociale i soci ordinari, i soci aggregati e i soci sostenitori. I soci onorari non sono tenuti al pagamento della quota sociale.
Non può essere o rimanere iscritto in qualità di socio chiunque faccia parte di altra associazione, ente od organismo che persegua finalità contrastanti con quelle indicate all'art. 5.
I Membri del Consiglio Direttivo e della Commissione Soci, nonchè tutti i Soci che ricoprono incarichi anche speciali in seno all'Associazione, non possono far parte di altre associazioni aventi finalità similari a quelle dell'A.N.E.I.S..

Art. 9

Sono organi dell'Associazione:
- il Consiglio Direttivo,
- i Revisori dei Conti,
- la Commissione Soci,
- i Coordinatori Regionali,
- il Comitato Scientifico.

I componenti degli organi statutari dell'associazione non possono cumulare incarichi ulteriori rispetto a quello da ciascuno esercitato in forza dello Statuto, delle delibere assembleari e consiliari.

Art. 10

L'Assemblea generale degli associati si riunisce in sede ordinaria, una volta all'anno entro il trenta giugno, per provvedere all'esame della gestione sociale, all'approvazione del bilancio preventivo e consuntivo, alla nomina degli organi sociali e alla determinazione delle loro competenze economiche e alle altre decisioni di sua pertinenza.
L'Assemblea sarà pure convocata tutte le volte che il Consiglio Direttivo lo riterrà opportuno ovvero ne venga fatta richiesta scritta da almeno 1/5 (un quinto) degli associati. In quest'ultima ipotesi l'Assemblea dovrà essere convocata, non oltre i venti giorni successivi alla richiesta, per deliberare sull'ordine del giorno presentato dai richiedenti.
Le modifiche al presente statuto sono di esclusiva competenza della maggioranza degli associati riuniti in Assemblea straordinaria.

Art. 11

Le assemblee s'intendono validamente convocate dal Presidente con avviso da spedirsi agli associati almeno otto giorni prima e contenente l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'adunanza e degli argomenti all'ordine del giorno.
Per la validità dell'Assemblea ordinaria, in prima convocazione, è necessaria la presenza della maggioranza degli associati.
Per la validità dell'Assemblea straordinaria, in prima convocazione, è necessaria la presenza di almeno due terzi degli associati.
In seconda convocazione, che avrà luogo il giorno dopo quello fissato per la prima convocazione, l'Assemblea sia ordinaria che straordinaria è validamente costituita qualunque sia il numero degli associati.
Ogni associato potrà farsi rappresentare per delega scritta da altro associato. Sono ammesse massimo due deleghe scritte allo stesso socio.

Art. 12

Le assemblee sono presiedute dal Presidente o in caso di sua indisponibilità dal Vice Presidente o dal Consigliere più anziano presente in assemblea.
Tutte le deliberazioni sono assunte a maggioranza di voti.

Art. 13

Il Consiglio Direttivo è eletto dall'Assemblea Generale degli associati ed è composto di 9 (nove) membri.
Il Collegio dei Revisori dei Conti è eletto dall'Assemblea Generale in osservanza dei criteri previsti dalle norme del C.C. almeno uno dei membri del Collegio dei Revisori dev'essere iscritto all'Albo dei Revisori legali. Il Collegio dei Revisori è composto da 3 (tre) membri effettivi e 2 (due) supplenti.
La Commissione Soci è nominata dal Consiglio Direttivo ed è composta di 3 (tre) membri effettivi e 2 (due) supplenti.
I Coordinatori Regionali sono nominati dal Consiglio Direttivo nel numero di 1 (uno) per ogni regione d'Italia.
Il Comitato Scientifico è nominato dal Consiglio Direttivo ed è formato da un minimo di 5 membri ad un massimo di 10, scelti tra gli Associati ed in particolare anche tra i soci onorari. Al Comitato scientifico partecipano di diritto il Presidente ed il Vicepresidente dell'Associazione.
I Membri del Consiglio Direttivo, i Revisori dei Conti, i Membri della Commissione Soci, i Coordinatori Regionali e i membri del Comitato Scientifico rimangono in carica per un triennio e sono rieleggibili.

Art. 14

Il Consiglio Direttivo è investito di tutti i poteri per la gestione ordinaria e straordinaria dell'Associazione, si attiva per il raggiungimento degli scopi dell'Associazione, si incarica di far rispettare lo Statuto Sociale, emanando all'uopo eventuali regolamenti che ha pure facoltà di modificare.
Al Consiglio Direttivo spetta in via esclusiva di fissare, anno per anno, le quote associative.
Il Consiglio Direttivo è validamente costituito con la presenza della maggioranza dei suoi componenti e delibera a maggioranza di voti dei presenti.
Esso nomina tra i Consiglieri il Presidente e il Vice Presidente e, tra i Soci o anche all'esterno dell'Associazione, i componenti del Comitato Tecnico Scientifico.
Il Consiglio Direttivo più affidare incarichi speciali ad uno o più Soci e nominare anche collaboratori esterni determinandone il compenso.

Art. 15

Il Presidente rappresenta legalmente l'Associazione, ha la firma sociale, presiede le riunioni del Consiglio Direttivo, nomina un Segretario anche se non iscritto all'Associazione.

Art. 16

Il Segretario assiste il Presidente, amministra l'Associazione esercitando anche le funzioni di Tesoriere limitatamente ad atti di ordinaria amministrazione comprendendosi fra questi le operazioni bancarie ed il prelievo in qualsiasi forma di fondi liquidi dell'Associazione, nonchè il rilascio di quietanze e di ricevute.
Egli provvede alla convocazione delle riunioni del Consiglio Direttivo ed alla redazione dei relativi verbali da trascriversi negli appositi libri.
Il Consiglio Direttivo può affidare l'incarico di tesoriere a persona diversa dal Segretario o ad altro Socio.

Art. 17

I Revisori dei conti hanno il compito di esercitare un attivo controllo sull'Amministrazione Sociale, di accertare la regolare tenuta della contabilità e la consistenza di cassa con riscontri preventivi alla presentazione del bilancio annuale.
Delle risultanze degli accertamenti di cui sopra, deve essere redatto verbale, da trascriversi nell'apposito registro.

Art. 18

La qualità di associato cessa esclusivamente per:
a) morte dell'Associato;
b) recesso unilaterale motivato dell'Associato;
c) espulsione o radiazione.

Gli Associati sono espulsi o radiati per i seguenti motivi:
d) quando non ottemperano alle disposizioni dello Statuto, del Regolamento e del Codice deontologico;
e) quando arrechino danni all'Associazione;
f) quando si rendono morosi nel pagamento delle quote sociali.

Le espulsioni e le radiazioni sono decise dal Consiglio Direttivo a maggioranza assoluta dei suoi membri.
Gli associati receduti, espulsi o radiati potranno, presentando domanda di riammissione unitamente alla quota "una tantum" per le spese di istruttoria, essere riammessi secondo le modalità di cui agli artt. 7 e 8 e dovranno versare contestualmente la quota associativa per l'anno in corso.

Art. 19

Gli associati devono mantenere condotta conforme ai principi della lealtà, della probità e della rettitudine professionale ed attenersi scrupolosamente al codice di etica professionale approvato dall'Assemblea.
L'associato che si trovi coinvolto, anche solo a livello di indagini preliminari, in fatti di rilevanza penale, dovrà darne immediata notizia alla Presidenza che sottoporrà il caso al Consiglio Direttivo per gli eventuali provvedimenti che potranno essere:
- ammonizione o deplorazione,
- esclusione temporanea dalla qualità di Associato,
- espulsione definitiva dall'Associazione.

Qualora le indagini riguardino l'attività professionale per fatti che ne ledano l'onorabilità, la probità e la rettitudine, l'Associato entro trenta giorni dovrà autosospendersi sino all'esito delle stesse.
In tal caso la sospensione dovrà riguardare anche gli eventuali altri componenti dello studio, se iscritti all'Associazione.
In difetto, il Consiglio Direttivo è facoltizzato alla immediata esclusione temporanea dell'Associato e a darne comunicazione scritta agli Ispettorati Sinistri competenti.

Art. 20

Per quanto concerne la pubblicità il Consiglio Direttivo, a conoscenza di pubblicazioni che non rispettino le linee guida indicate nel Codice di Etica Professionale, potrà richiedere all'associato una tempestiva modifica.
Nel caso l'associato non ottemperi nei termini stabiliti, il Consiglio Direttivo potrà assumere i provvedimenti di cui all'art.19.

Art. 21

Presso la Presidenza e la Segreteria Nazionale, oltre che sul proprio sito web, sono consultabili:
- l'atto costitutivo e lo Statuto;
- il Codice di Etica professionale con l'indicazione delle sanzioni graduate in base alla gravità delle violazioni commesse dai soci;
- il Regolamento della Commissione Soci e Coordinatori Regionali;
- la struttura organizzativa dell'Associazione;
- l'ubicazione delle sedi dell'Associazione;
- l'elenco degli associati in possesso della "attestazione di conformità" alla norma tecnica UNI, aggiornato annualmente;
- l'elenco degli associati eventualmente in possesso della "certificazione professionale" rilascia da un Ente terzo di Certificazione secondo la normativa vigente;
- la composizione della struttura tecnico – scientifica dedicata alla formazione e all'aggiornamento permanente degli associati;
- il possesso di un certificato di qualità dell'Associazione in conformità alla normativa vigente;
- le garanzie attivate a tutela degli utenti, tra cui la presenza, i recapiti e le modalità di accesso allo sportello di cui all'art. 22 del presente Statuto.

Art. 22

È attivato uno sportello di riferimento per il cittadino consumatore presso cui i committenti delle prestazioni professionali possano rivolgersi in caso di contenzioso con i singoli professionisti ed inoltre ottenere informazioni sulla loro attività professionale e sugli standard qualitativi richiesti agli iscritti dall'Associazione.
Orari e modalità di accesso a tale sportello sono indicati sul sito web dell'A.N.E.I.S..

Art. 23

Rilevato che in linea di principio la pratica del Franchising è ritenuta dall'Associazione difficilmente applicabile al settore professionale, l'Associato che intenda iniziarla dovrà, pena l'espulsione, darne preventiva notizia alla Presidenza fornendo ogni utile elemento al riguardo quale: zona operativa, costi per gli "affiliati", percorso formativo degli stessi, generalità e curricula dei docenti.
Il Consiglio Direttivo, vagliato il progetto e richieste eventuali ulteriori notizie, esprimerà un parere che il Socio dovrà ritenere come vincolante, pena l'espulsione dall'Associazione.

Art. 24

Il patrimonio sociale è rappresentato:
- dalle quote associative versate annualmente da ciascun associato, nella misura determinata dal Consiglio Direttivo;
- da contributi a fondo perduto versati dagli associati o da terzi;
- da beni che dovessero essere a qualsiasi titolo devoluti all'Associazione nell'osservanza delle forme di legge.

In caso di scioglimento dell'Associazione per qualsiasi causa, il patrimonio netto della stessa verrà devoluto a scopi assistenziali.

Art. 25

L'esercizio sociale è annuale e si chiude al trentuno dicembre di ogni anno; entro sei mesi dalla chiusura il bilancio deve essere sottoposto all'approvazione dell'Assemblea Generale degli Associati.

Art. 26

Per quanto non contemplato dal presente statuto, si fa riferimento al Codice Civile ed alle disposizioni di legge in tema di Associazioni.

Statuto approvato dall'Assemblea costituente l'8 maggio 1991 e aggiornato con modifiche dall'Assemblea Straordinaria del 14 dicembre 2012 a Padova. ■

Allegato "A" allo STATUTO

REGOLAMENTO COMMISSIONE SOCI E COORDINATORI REGIONALI

Art. 1 – I Membri della Commissione Soci e il suo Presidente nonchè i Coordinatori Regionali sono nominati dal Consiglio Direttivo.
La Commissione Soci si compone di tre membri effettivi, uno dei quali con funzione di Presidente, e due supplenti e resta in carica per la stessa durata del Consiglio Direttivo.
I Membri della Commissione Soci e il suo Presidente nonchè i Coordinatori Regionali sono nominati dal Consiglio Direttivo.
La Commissione Soci si compone di tre membri effettivi, uno dei quali con funzione di Presidente, e due supplenti e resta in carica per la stessa durata del Consiglio Direttivo.
I Coordinatori Regionali sono uno per ogni regione d'Italia e restano in carica per la stessa durata del Consiglio Direttivo.

Art. 2 – La Commissione Soci ha carattere esclusivamente consultivo ed è tenuta a fornire i suoi motivati pareri al Consiglio Direttivo che assume le decisioni nel merito.
I Coordinatori Regionali rappresentano l'Associazione nella Regione di appartenenza, coordinano le attività e lo sviluppo organizzativo dell'Associazione nella Regione e riferiscono al Consiglio Direttivo sulla attività svolta.

Art. 3 – Il Consiglio Direttivo, nel caso ricorrano giustificati motivi, anche per scarsa o mancata collaborazione o espletamento degli incarichi affidati, può revocare l'incarico ad uno o più membri della Commissione Soci, ad uno o più Coordinatori Regionali o Soci titolari di incarichi speciali, disponendo per la sostituzione. Tale decisione richiederà la maggioranza dei voti espressi dai Consiglieri.

Art. 4 – Eventuali sostituzioni di Membri della Commissione Soci o Coordinatori Regionali dimissionari o impediti o revocati verranno disposte, sempre dal Consiglio Direttivo, nella prima seduta utile.

Art. 5 – La Comissione Soci si riunisce periodicamente su impulso del suo Presidente.

Art. 6 – Sono riservate esclusivamente alla Commissione Soci le seguenti incombenze:
a) l'esame delle domande di iscrizione all'Associazione;
b) la valutazione delle eventuali segnalazioni a carico di Soci per irregolarità o comportamenti contrari al codice di etica professionale;
c) il censimento periodico (almeno annuale) dei Soci con verifica dei dati.

Di tutto va riferito al Consiglio Direttivo per le definitive decisioni.

Art. 7 – Sono riservate esclusivamente ai Coordinatori Regionali le seguenti attività:
a) assumere, su richiesta del Presidente della Commissione Soci, notizie su candidati Soci operanti nella relativa Regione;
b) organizzare a livello regionale corsi di aggiornamento e riunioni periodiche degli iscritti;
c) raccogliere le istanze, i suggerimenti e quant'altro segnalato dai Soci e riferire al Consiglio Direttivo per le opportune decisioni;
d) dare impulso all'associazionismo.

Di tutto va riferito al Consiglio Direttivo per le definitive decisioni.

Art. 8 – Nell'espletamento dell'incarico la Commissione Soci terrà conto che coloro che vogliono associarsi all'A.N.E.I.S. quali soci ordinari devono:
a) essere cittadini italiani o di uno degli stati membri della Comunità Europea o stranieri ma residenti in Italia da almeno tre anni;
b) essere in possesso di diploma di scuola media superiore o equipollente;
c) essere in possesso della licenza ex art. 115 T.U.L.P.S. rilasciata dalla Questura o dal Comune di residenza o produrre il certificato di inesistenza di carichi pendenti e certificato penale;
d) dimostrare di aver effettuato idoneo tirocinio per un periodo non inferiore a due anni presso uno studio di infortunistica e/o esercitato l'attività di patrocinatore stragiudiziale in proprio e/o svolto l'attività di liquidatore sinistri per conto di Compagnie di assicurazione con specifica competenza anche per i danni alla persona;
e) fornire un dettagliato curriculum vitae, compilare il formulario conoscitivo predisposto dalla Commissione e produrre eventuali referenze, dichiarazioni e attestati di frequenza di corsi attinenti all'infortunistica stradale e privata. Nel caso di mancanza del requisito di cui al precedente punto d) il soggetto potrà essere associato in qualità di "socio aggregato" fino al momento in cui, dimostrando di aver compiuto tirocinio presso uno studio di altro patrocinatore stragiudiziale già in possesso dei requisiti o operato professionalmente per il richiesto periodo di almeno due anni, potrà fare domanda al Consiglio Direttivo per il passaggio alla categoria dei "soci ordinari".

Art. 9 – In caso di dubbi sia sull'accoglimento di una domanda di iscrizione che per il passaggio da Socio Aggregato a Socio Ordinario, la Commissione potrà proporre al Consiglio Direttivo di sottoporre il candidato ad un test e ad un colloquio che ne accerti l'adeguata preparazione professionale.
Tale prova potrà avvenire presso la sede dell'Associazione o presso la sede del Coordinatore Regionale, a scelta del Candidato.
Alla prova dovrà essere presente il Coordinatore Regionale e almeno un Consigliere in carica.
La Commissione Soci, constatata l'esistenza dei requisiti richiesti dall'art. 8 e l'assenza delle incompatibilità di cui al successivo art. 10 nonchè eventualmente acquisito l'esito positivo dell'eventuale test e colloquio, esprime parere favorevole all'iscrizione.

Art. 10 – Non possono essere 'iscritti all'A.N.E.I.S.:
a) i periti, gli informatori e i consulenti in genere che abbiano con le imprese di assicurazione rapporti di collaborazione retribuita, anche a carattere non continuativo;
b) gli agenti, i mediatori, i brokers di assicurazione e i loro collaboratori e soci;
c) i riparatori di veicoli e di natanti e i loro dipendenti.

Art. 11 – La Commissione Soci e i Coordinatori Regionali riferiscono al Consiglio Direttivo sulla opportunità di assumere eventuali provvedimenti di biasimo, sospensione o radiazione a carico dei Soci.

Art. 12 – Per l'espletamento del loro mandato la Commissione Soci e i Coordinatori Regionali potranno giovarsi di ogni utile elemento informativo nel rispetto delle norme di legge in vigore.

Art. 13 – La Commissione Soci e i Coordinatori Regionali potranno proporre al Consiglio Direttivo eventuali modifiche del presente regolamento.
Il presente regolamento è entrato in vigore il 1 giugno 1997 e aggiornato il 14 dicembre 2012

Documento approvato dall'Assemblea Generale del 1 giugno 1997 a Padova.
Aggiornato con modifiche approvate dall'Assemblea Straordinaria del 14 dicembre 2012 a Padova. ■

Allegato "B" allo STATUTO

CODICE ETICA PROFESSIONALE DEL PATROCINATORE STRAGIUDIZIALE

Art. 1 | CORRETTEZZA E MORALITÀ
– Deve uniformare il proprio comportamento alle disposizioni di legge vigenti, ai principi di correttezza e lealtà professionale e deve altresì uniformare la propria vita, anche privata, a principi di dignità e decoro, evitando situazioni e comportamenti che possano arrecare discredito alla propria categoria professionale.

Art. 2 | RISERVATEZZA
– È vincolato al rispetto del segreto professionale, con il divieto assoluto di divulgare fatti o circostanze di cui sia venuto a conoscenza per ragioni connesse all'esercizio della professione, salvo nel caso di azioni giudiziali o di provvedimenti disciplinari a suo carico, oppure quando ne sia stato espressamente sciolto dal mandante.

Art. 3 | INDIPENDENZA, INFEDELTÀ E INCOMPATIBILITÀ
– Deve esercitare la professione in assoluta indipendenza, evitando le situazioni che possano determinare una limitazione o un costringimento della sua libertà operativa nel sereno svolgimento dell'attività professionale. Deve rifiutare l'assunzione di incarichi professionali allorchè si verifichino situazioni di incompatibilità.
In particolare, non può prestare contemporaneamente, anche per interposta persona, la sua opera professionale o comunque la sua consulenza a favore di parti che si possano trovare in posizioni antagoniste in una medesima pratica. Tuttavia dopo aver assistito o rappresentato una parte, può assumere un incarico professionale nella medesima pratica dalla controparte solo se la prima parte espressamente presta il proprio consenso. Nei casi dubbi dovrà richiedere il parere del Consiglio Direttivo dell'Associazione.

Art. 4 | AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE
– È tenuto al costante aggiornamento professionale, tale da consentirgli l'espletamento dell'incarico conferitogli nel miglior modo possibile.

Art. 5 | RAPPORTI CON I COLLEGHI
– Ha dovere di improntare i suoi rapporti con i Colleghi a principi di massima lealtà e correttezza, astenendosi dal compiere atti che possano arrecare ai medesimi danni di qualsivoglia natura.
In particolare non può, al fine di procurarsi pubblicità e clientela, diffondere notizie relative alle prestazioni dallo stesso svolte od in corso di svolgimento, attribuire a sé la paternità del lavoro compiuto da altri Colleghi, servirsi di procacciatori d'affari o comunque di persone che, per il loro ruolo o per l'autorità che rivestono, potrebbero essere in grado di dirottare oggettivamente clienti verso il patrocinatore stragiudiziale senza che vi sia anche quel minimo di intuitu personae e che deve caratterizzare i rapporti tra professionista e cliente.
Non può assumere incarichi che siano svolti contemporaneamente da altri professionisti.
Nel caso di incarico affidato in precedenza ad altro professionista, deve astenersi dallo svolgimento di attività relative alla pratica se prima non ha accertato che il cliente abbia definito i rapporti con lo stesso.

Art. 6 | PUBBLICITÀ
– Ogni Socio potrà liberamente studiare e diffondere a mezzo stampa o per via telematica la pubblicità del proprio studio. La stessa dovrà essere comunque improntata al buon gusto, non fare leva sui sentimenti, non contenere alcun richiamo a professioni regolamentate da appositi albi ed ordini, ma soprattutto non essere ingannevole.
Non potranno inoltre apparire sulla carta intestata dello studio, nei biglietti da visita e in qualunque altra scritta pubblicitaria, le dizioni "assistenza legale", "assistenza medico-legale" e simili.

Art. 7 | RAPPORTI CON I CLIENTI
– I rapporti con i clienti debbono essere improntati a principi di massima correttezza e lealtà.
Deve accettare un incarico professionale solo se è sicuro di poterlo seguire e portare a termine con scienza, coscienza, diligenza, scrupolo ed attenzione, avendo costantemente cura di tutelare sempre e comunque l'interesse del proprio cliente, da anteporre anche al proprio interesse personale.
In particolare deve costantemente notiziare il cliente sull'evoluzione della pratica affidatagli, con esso concordando ogni decisione importante ed ogni procedura difforme dalla normalità.
Deve inoltre qualificarsi, anche con il titolo che eventualmente gli compete, con esattezza e precisione sin dal primo contatto con il cliente, in modo da evitare incomprensioni ed equivoci da parte di quest'ultimo.
Deve rendere edotto il cliente di tutti i dubbi e le perplessità che emergono dall'esame delle modalità del sinistro, avendo l'obbligo di rinunciare immediatamente all'incarico ricevuto ove si accorga che il cliente si stia avvalendo della sua opera professionale per compiere una truffa o per porre in essere atti o richieste che possano comunque configurare ipotesi di reato.

Art. 8 | COMPENSI
– Per le prestazioni effettuate ha diritto al pagamento degli onorari, indennità e spese sostenute, in base agli elementi ricavabili dalla tariffa professionale vigente approvata e divulgata dal Consiglio Direttivo dell'Associazione, ovvero in base ad altri elementi certi, anche non aventi efficacia normativa.
In ogni caso la parcella deve essere equa e trovare sempre corrispondenza con la quantità e l'importanza delle attività esercitate, nonchè con i risultati utili, anche non strettamente patrimoniali, conseguiti dal cliente .

Documento approvato dall'Assemblea Generale del 10 aprile 1995 a Padova.
Aggiornato con modifiche approvate dall'Assemblea Straordinaria del 24 giugno 2000 a Padova. ■

Omaggio a Lodovico Molinari

Padre dell'Infortunistica Stradale

ANEIS - Associazione Nazionale Esperti Infortunistica Stradale - rende omaggio a Lodovico Molinari, padre dell'infortunistica stradale, scomparso lo scorso 20 luglio.
Grande ufficiale della Repubblica per i meriti civili e negli studi giuridici, Molinari è stato un grande animatore della vita culturale di Padova. All'inizio del 1991 fondò ANEIS insieme a Luigi Cipriano, attuale Presidente, e ad altri 17 membri. Tutto iniziò con una telefonata di Molinari ad una ventina di consulenti ed esperti di infortunistica: "Caro Collega che ne diresti di costituire un'Associazione tra professionisti che operano nel campo dell'infortunistica stradale?"
E fu così che si concretizzò l'idea di realizzare un'Associazione che potesse difendere la categoria facendola conoscere all'utenza e alle Compagnie, che potesse far crescere professionalmente gli associati, che regolamentasse con un codice deontologico il modus operandi degli iscritti, che portasse avanti un'azione per l'effettivo ufficiale riconoscimento della professione con l'acquisizione di un albo. Nessuno prima di Molinari aveva avuto il coraggio di attivarsi in tal senso. Tutti coloro che l'hanno conosciuto ricordano la Sua generosità verso chiunque si rivolgesse a Lui, l'altruismo verso i bisognosi, l'ottimismo, l'amore per la vita, la giovialità, le grandi qualità morali e l'eclettica cultura.
Il Presidente, i Consiglieri e tutti i Soci dell'ANEIS piangono il maestro di vita e della professione che ha nobilitato portandola a riconoscimenti ufficiali.
L'ANEIS da lui voluta e fondata non lo dimenticherà mai.

Il Gazzettino
12 maggio 1991

Infortunistica stradale, a Padova costituita Associazione nazionale

Il calcolo del danno biologico

Il Gazzettino | LIBRI
29 luglio 1996

Infortunistica. L'Associazione nazionale, presieduta da Lodovico Molinari, chiede la regolarizzazione

Un albo professionale per gli ottomila consulenti

Il Gazzettino
2 ottobre 1996

Corriere della Sera
11 ottobre 2006

Vico Molinari

Lodovico Molinari nato a Mirandola nell'Emilia il 26 dicembre 1928. Docente universitario di'" Storia e tecnica delle Assicurazioni" ha pubblicato il "Prontuario per la liquidazione del danno biologico" diffuso in tutta Italia, in varie edizioni. Presidente nazionale dell'"Associazione Esperti Infortunistica Stradale". È stato fondatore, direttore generale e presidente di alcune Compagnie di Assicurazioni. Dal 1967 si è dedicato alla libera professione e, utilizzando la non comune esperienza acquisita in campo internazionale, ha diretto a Padova un avviatissimo studio di infortunistica stradale, il primo aperto nel Triveneto. Ha curato e diretto una fortunata rubrica televisiva alla quale hanno partecipato note personalità del mondo assicurativo, medici legali, magistrati e noti giuristi. Da sempre ha dedicato parte del tempo libero ad i niziative filantropiche, raccogliendo e destinando fondi per acquisto di cani addestrati per i non vedenti e di carrozzelle per handicappati. Per 45 anni è stato Presidente del "Club dei 21": gastronomia regionale. Ideatore del premio di poesia enogastronomia in vernacolo, è stato iscritto all'Associazione Nazionale Giornalisti Enogastronomici; ha curato rubriche culinarie per quotidiani e periodici ed ha pubblicato "Gustose storie di gastronomia" che ha avuto un notevole successo editoriale. Per attività giornalistiche e pubbliciste, gli sono stati conferiti il "Leon d'Oro" di Venezia e il "Nettuno" del "Resto del Carlino". Nel 2006 gli viene conferita l'onoreficienza di Grande Ufficiale al Merito della Repubblica Italiana, muore a Padova il 20 luglio 2012.

Un grande vuoto

Che brutto scherzo Lodovico!
Te ne sei andato in silenzio, quasi in punta dipiedi, dopo un'intera vita vissuta da protagonista, quella vita che hai tanto amato e che ogni volta che Ti accompagnavo dai medici Ti portava a chiedere: "Devo morire, dottore?".
Ma la morte a volte non è il peggiore dei mali se la vita deve comportare rinunce continue a tante cose piacevoli.
Eri stanco, lo so, stanco di andare su e giù per ospedali, ambulatori, stanco dei tanti farmaci che eri costretto ad assumere, stanco di non poterTi muovere come avresti voluto, stanco come un passero nella pioggia... resta il fatto che ci hai fatto un brutto scherzo!
Quando sei mancato ho cercato di vedere il lato positivo e di convincermi che comunque avevi tracciato la strada da seguire per i Tuoi figli, i Tuoi collaboratori, i Tuoi amici.
Una sorta di consolazione postuma.
Non è così purtroppo, perché a distanza di quattro mesi il senso di vuoto è ancora maggiore.
Ci manca la Tua personalità, quella capacità di rendere semplici le situazioni difficili, di affrontare di petto, con decisione e con la sicurezza dei forti problemi legati alla professione.
Chi può dimenticare le battaglie da Te condotte a metà degli anni sessanta, Tu fondatore della prima Infortunistica a Padova, contro l'ostracismo di certi avvocati timorosi di perdere le loro posizioni acquisite?
Anni in cui sei stato costretto a difenderTi da esposti e da denunce di esercizio abusivo della professione, tutte battaglie vinte, certo, ma che avrebbero stroncato chiunque all'epoca.
Hai sempre tirato dritto per la Tua strada che poi si è rivelata quella giusta.
Sei riuscito ad introdurre un nuovo modo di lavorare, di organizzare l'attività di assistenza stragiudiziale e questo ad indubbio vantaggio anche della clientela, di tanta povera gente che, senza disponibilità economiche, diversamente avrebbe dovuto rinunciare a far valere i propri diritti.
Molti Ti hanno seguito in questo nuovo percorso e se Padova è la città con il maggior numero di agenzie di infortunistica stradale, il merito è anche Tuo.
Hai cercato, giustamente, di dare una dignità a questa professione con la fondazione dell'ANEIS e l'ideazione del suo notiziario sul quale sto scrivendo e che da simpatica iniziativa quale era è ora diventato un importante punto di riferimento normativo e giurisprudenziale.
Ma soprattutto ci manca il Tuo ottimismo, ("non sempre può andare bene, non sempre può andare male", Ti sentivo ripetere spesso), la Tua signorilità, quella comunicativa nel trattare con la clientela – fosse essa acculturata o di modesta estrazione sociale – quella capacità innata di affrntare la controparte con lealtà ed eleganza, senza cedere all'ira e alla volgarità.
Quella volgarità che purtroppo vedo oggi spesso in questo lavoro – anche quello che portiamo avanti noi avvocati, beninteso – e che mi fa rimpiangere ancora di più i tempi in cui questa professione era rispettata e stimata da tutti, assicuratori compresi.
Oggi i tempi sono sicuramente diversi, molto è cambiato; il legislatore, il governo, la crisi, ci hanno messo gli uni contro gli altri, sopravvivere è difficile. Forse non riuscivi più a riconoscerti in questo mondo fatto di elettronica, e-mail, cd, dvd, internet e quant'altro, ma non importa.
Avevi comunque capito che questo era il nuovo che avanzava, senza però avvertire il peso della Tua mancata partecipazione a questa rivoluzione epocale, sicuro come sempre sei stato che i veri valori sono altrove.
E anche questa volta hai avuto ragione perché sei riuscito a dimostrare che al centro di tutto c'è sempre e solo l'uomo.
E adesso?
Lo sai cosa provo quando entro nel Tuo vecchio studio e vedo le copertine dei libri che hai scritto, le fotografie di Te con Aldo Fabrizi, gli ormai desueti testi di infortunistica stradale?
...un senso di vuoto e di gelo.
Voglio solo sperare che da dove sei adesso, vorrai continuare ad indicarci la via.
Ci manchi Lodovico.

Maurizio Molinari

Fu presidente del Bologna Calcio

Il pallone, la strada e le barzellette L'addio di Padova a Lodovico Molinari

PADOVA — I molti amici che hanno avuto la fortuna di ascoltare le sue barzellette, quasi non ci credevano di vedere Lodovico Molinari dentro a una bara ieri mattina nella basilica di Santa Giustina. Eppure anche lui, che della gioia di vivere era un esempio, ha lasciato questa vita venerdì mattina dopo una malattia sopportata con lo stile che gli era tipico. Lodovico Molinari, padre dell'infortunistica stradale (fondò lui l'Aneis, associazione nazionale di esperti in infortunistica stradale) era nato a Mirandola 83 anni fa. Un uomo nobile, in tutti i sensi: nominato Grande ufficiale della Repubblica per i meriti civili e negli studi giuridici, Molinari era stato animatore della vita culturale di Padova, dove ha lasciato un segno come socio prima del Club Ignoranti e poi del Club dei 21.

Lodovico Molinari

Tifoso di calcio, era stato per un breve periodo anche presidente del Bologna, ma la sua fede per il Padova gli era costata una ventina d'anni fa allo stadio Appiani il primo allarmante malore di origine cardiaca. Lodovico Molinari lascia i figli Maurizio e Manuele, e tanti amici che ieri, tristi com'erano all'uscita della basilica, lo avrebbero fatto arrabbiare, lui che ogni volta che lo incontravi ti diceva sorridendo «Mi racconti qualcosa di bello, che io poi le racconto una barzelletta».

Alberto Gottardo

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Corte Costituzionale
Ufficio Stampa

Mediazione civile

La Corte costituzionale ha dichiarato la illegittimità costituzionale, per eccesso di delega legislativa, del D.Lgs. 4 marzo 2010, n.28 nella parte in cui ha previsto il carattere obbligatorio della mediazione.

dal Palazzo della Consulta, 24 ottobre 2012

ANSA.IT | Cronaca 24 ottobre, 13:31

Consulta: no obbligo media-conciliazione

Norma varata nel 2010 per ridurre processi civili e commerciali

(ANSA) - ROMA, 24 OTT - La media-conciliazione, anziché il procedimento ordinario, nelle controversi civili e commerciali non può essere un obbligo. Lo ha deciso la Corte costituzionale, dichiarando illegittima, per eccesso di delega legislativa, la norma che ha introdotto la conciliazione, nella sola parte in cui ne prevede il carattere obbligatorio. La norma, varata nel 2010 per ridurre i processi, era stata impugnata da alcune associazioni dell'avvocatura di fronte al Tar che si era poi rivolto alla Consulta.

SENTENZA N. 272/2012

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori:
Presidente: Alfonso QUARANTA;
Giudici : Franco GALLO, Luigi MAZZELLA, Gaetano SILVESTRI, Sabino CASSESE, Giuseppe TESAURO, Paolo Maria NAPOLITANO, Giuseppe FRIGO, Alessandro CRISCUOLO, Paolo GROSSI, Giorgio LATTANZI, Aldo CAROSI, Marta CARTABIA, Sergio MATTARELLA, Mario Rosario MORELLI,
ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nei giudizi di legittimità costituzionale degli articoli 5, comma 1, primo, secondo e terzo periodo, e 16, comma 1, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28 (Attuazione dell'articolo 60 della legge 18 giugno 2009, n. 69, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali)

(…omissis…)

12.— Devono essere esaminate con priorità, per ragioni di ordine logico, le questioni di legittimità costituzionale sollevate, in riferimento agli articoli 76 e 77 Cost., nei confronti dell'art. 5, comma 1, del d.lgs. n. 28 del 2010, con particolare riguardo al carattere obbligatorio che detta norma, in asserita violazione della legge delega, attribuisce al preliminare esperimento della procedura di mediazione. (…) Il citato art. 5, comma 1, sotto la rubrica «Condizione di procedibilità e rapporti con il processo», così dispone: «1. Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa ad una controversia in materia di condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, da responsabilità medica e da diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari, è tenuto preliminarmente ad esperire il procedimento di mediazione ai sensi del presente decreto (omissis)».
In forza di tale norma, la parte che intende agire in giudizio per una delle azioni specificamente indicate, è tenuta, in via preliminare, ad esperire la procedura di conciliazione, disciplinata come condizione di procedibilità della domanda giudiziale. **Il carattere obbligatorio così attribuito a detta procedura è censurato, per eccesso o difetto di delega, da quasi tutte le ordinanze di rimessione sopra riassunte; e tali censure sono fondate.**

12.1.— Si deve premettere che, come questa Corte ha più volte affermato, «Il controllo della conformità della norma delegata alla norma delegante richiede un confronto tra gli esiti di due processi ermeneutici paralleli, l'uno relativo alla norma che determina l'oggetto, i principi e i criteri direttivi della delega; l'altro relativo alla norma delegata da interpretare nel significato compatibile con questi ultimi. (…) In particolare, circa i requisiti che devono fungere da cerniera tra i due atti normativi, «i principi e i criteri direttivi della legge di delegazione devono essere inter-

pretati sia tenendo conto delle finalità ispiratrici della delega, sia verificando, nel silenzio del legislatore delegante sullo specifico tema, che le scelte del legislatore delegato non siano in contrasto con gli indirizzi generali della stessa legge delega» (sentenza n. 341 del 2007, ordinanza n. 228 del 2005).
Ciò posto, si deve osservare che **sia la legge delega (art. 60, comma 2 e comma 3, lettera c, della legge n. 69 del 2009), sia il d.lgs. n. 28 del 2010 (preambolo) si richiamano al rispetto e alla coerenza con la normativa dell'Unione europea. È necessaria, dunque, una ricognizione, sia pure concisa, degli elementi desumibili da tale normativa.** *(…omissis…)*

12.2.— Come emerge dalla ricognizione che precede, **dai richiamati atti dell'Unione europea non si desume alcuna esplicita o implicita opzione a favore del carattere obbligatorio dell'istituto della mediazione.** Fermo il favor dimostrato verso detto istituto, in quanto ritenuto idoneo a fornire una risoluzione extragiudiziale conveniente e rapida delle controversie in materia civile e commerciale, il diritto dell'Unione disciplina le modalità con le quali il procedimento può essere strutturato («può essere avviato dalle parti, suggerito od ordinato da un organo giurisdizionale o prescritto dal diritto di uno Stato membro», ai sensi dell'art. 3, lettera a, della direttiva 2008/52/CE del 21 maggio 2008), ma non impone e nemmeno consiglia l'adozione del modello obbligatorio, limitandosi a stabilire che resta impregiudicata la legislazione nazionale che rende il ricorso alla mediazione obbligatorio (art. 5, comma 2, della direttiva citata). *(…omissis…)*
Pertanto, la disciplina dell'UE si rivela neutrale in ordine alla scelta del modello di mediazione da adottare, la quale resta demandata ai singoli Stati membri, purché sia garantito il diritto di adire i giudici competenti per la definizione giudiziaria delle controversie. **Ne deriva che l'opzione a favore del modello di mediazione obbligatoria, operata dalla normativa censurata, non può trovare fondamento nella citata disciplina. Infatti, una volta raggiunta tale conclusione, si deve per conseguenza escludere che il contenuto della legge delega, richiamando la direttiva comunitaria, possa essere interpretato come scelta a favore del modello di mediazione obbligatoria.**

13.— Si deve ora procedere all'interpretazione della legge delega (art. 60 della legge n. 69 del 2009), al fine di verificare il rispetto dei principi da essa posti in sede di emanazione del d.lgs. n. 28 del 2010 e, in particolare, delle disposizioni oggetto di censure. Orbene, la detta legge delega, tra i principi e criteri direttivi di cui all'art. 60, comma 3, **non esplicita in alcun modo la previsione del carattere obbligatorio della mediazione finalizzata alla conciliazione. Sul punto l'art. 60 della legge n. 69 del 2009, che per altri aspetti dell'istituto si rivela abbastanza dettagliato, risulta del tutto silente. Eppure, non si può certo ritenere che l'omissione riguardi un aspetto secondario o marginale.** *(…omissis…)* **Il denunciato eccesso di delega, dunque, sussiste, in relazione al carattere obbligatorio dell'istituto di conciliazione e alla conseguente strutturazione della relativa procedura come condizione di procedibilità della domanda giudiziale nelle controversie di cui all'art. 5, comma 1, del d.lgs. n. 28 del 2010.** Tale vizio non potrebbe essere superato considerando la norma introdotta dal legislatore delegato come un coerente sviluppo e completamento delle scelte espresse dal delegante, perché – come sopra messo in rilievo – in realtà con il censurato art. 5, comma 1, si è posto in essere un istituto (la mediazione obbligatoria in relazione alle controversie nella norma stessa elencate) che non soltanto è privo di riferimenti ai principi e criteri della delega ma, almeno in due punti, contrasta con la concezione della mediazione come imposta dalla normativa delegata. *(omissis…)*

per questi motivi
LA CORTE COSTITUZIONALE
riuniti i giudizi;

1) dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28 (Attuazione dell'articolo 60 della legge 18 giugno 2009, n. 69, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali);
Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 24 ottobre 2012.

Alfonso QUARANTA, Presidente
Alessandro CRISCUOLO, Redattore
Gabriella MELATTI, Cancelliere

Dalla Corte Costituzionale una pietra tombale sulla mediazione obbligatoria.

Dalla Corte Costituzionale una pietra tombale sulla mediazione obbligatoria Riportiamo in queste pagine per ampi estratti la sentenza (pubblicata il 6 dicembre) con cui la Corte Costituzionale ha dichiarato illegittimo l'art. 5 del D. Lgsl. 4 marzo 2010, n. 28. Le motivazioni della sentenza erano molto attese dagli operatori, dopo la pubblicazione del comunicato stampa del 24 ottobre con il quale la Corte aveva anticipato la propria decisione di dichiarare incostituzionale per eccesso di delega (quindi per violazione dell'art. 76 e 77 Cost.) la sanzione di improcedibilità del giudizio instaurato senza previo tentativo di mediazione. In particolare la formula utilizzata (eccesso di delega e non violazione dell'art. 24 Cost.) autorizzava qualche speranza nei fautori dell'istituto, i quali sottolineavano come lo stesso rispondesse, in fin dei conti, a precisi precetti comunitari e chiedevano quindi un intervento urgente del legislatore che, sanando la carenza di delega, salvasse la mediazione all'italiana. Precisi tentativi in questo senso sono stati fatti in occasione del varo della "legge di stabilità". La pubblicazione delle motivazioni pare però porre un ostacolo definitivo in questa direzione. Infatti, lungi dal limitarsi ad un esame formale della normativa, l'Alta Corte ne ha verificato i principi ispiratori, giungendo alla conclusione che la disciplina comunitaria non obbliga affatto il nostro paese a dotarsi di un sistema obbligatorio di ADR. Viene anzi prescritto agli stati membri di favorire soluzioni a basso costo per gli utenti, qualità questa del tutto mancante alla nostra procedura. Pare quindi giunta al capolinea una esperienza che, per la verità, non ha mai entusiasmato gli operatori, e che nel primo anno di applicazione pratica, aveva dato ben misera prova: basti dire che nel 2012 le mediazioni esperite sono state 91.000 (a fronte delle 700.000 previste dal Ministero della Giustizia) e di queste solo 16.000 hanno trovato una soluzione positiva. Dati estremamente significativi che, assieme alle motivazioni della Corte, rappresentano un argomento di riflessione per esecutivo e legislatore, un invito ad abbandonare la politica delle fughe in avanti a favore di scelte condivise e ponderate.

Avv. Marco Bordoni – Foro di Bologna

PUBBLICATO E SUBITO MODIFICATO
Possibile che nessuno lo avesse letto?.

Il Decreto Legislativo n.179 del 2012, recentemente licenziato dalle due Camere del Parlamento, e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 19 ottobre 2012 segna importanti novità per gli utenti legati a contratti di assicurazione obbligatoria di veicoli a motore, ma l'assurdità sta nel fatto che gli errori e le carenze sono state evidenziate solo dopo la sua pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, quasi nessuno avesse letto con attenzione il testo prima della sua approvazione e pubblicazione. Molte le novità introdotte dall'art. 21 del D.L. n.179/2012 per individuare e contrastare le frodi assicurative. Tra queste, guarda caso, anche una modifica all'art.148 del C.d.A.: in caso di sinistro il danneggiato deve mettere a disposizione della compagnia le cose danneggiate per non meno di 5 giorni non festivi (prima erano due) altrimenti… povere compagnie come avrebbero fatto in due soli giorni ad accertare la truffa?
L'articolo 22 del testo di legge pubblicato in Gazzetta ha eliminato il "tacito rinnovo" e conseguentemente aveva annullato il diritto dell'automobilista di poter pagare all'impresa il premio Rc auto nei quindici giorni successivi alla scadenza, ma l'emendamento immediatamente predisposto lo ha subito reinserito.
Ricordiamo comunque che l'articolo 193 del codice della strada prevede sanzioni salate per chi viaggia con un veicolo a motore privo di copertura assicurativa (sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 798 a euro 3.194 e sequestro del veicolo).
Era stato previsto un aumento dei termini di prescrizione per tutti i diritti derivanti dai contratti di assicurazione da due a dieci anni, ma dopo la lettura sicuramente attenta di ANIA ecco che tutto viene riportato a com'era prima, si trattava di uno scherzetto!
Si parla molto dell'IVASS, che doveva nascere entro 120 giorni dalla legge 7 agosto 2012 n.135 per sostituire il vecchio ISVAP, ma ad oggi non risultano ancora nominati i due Consiglieri né pare essere stato predisposto il relativo Statuto (e il nuovo Istituto dovrà gestire anche l'Albo dei Periti assicurativi e il Centro di informazione), a chi si presenteranno dal 1° gennaio 2013 i reclami per denunciare le inadempienze delle compagnie assicuratrici?

Luigi Cipriano

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 245 del 19 ottobre 2012 - Serie generale

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Venerdì, 19 ottobre 2012 SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 1027 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 194/L

DECRETO-LEGGE 18 ottobre 2012, n. 179.
Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese.

Sezione VIII
ASSICURAZIONI, MUTUALITÀ E MERCATO FINANZIARIO

Art. 21
Misure per l'individuazione ed il contrasto delle frodi assicurative

1. L'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo (IVASS) cura la prevenzione delle frodi nel settore dell'assicurazione della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore, relativamente alle richieste di risarcimento e di indennizzo e all'attivazione di sistemi di allerta preventiva contro i rischi di frode.

2. **Per favorire la prevenzione e il contrasto delle frodi** nel settore dell'assicurazione della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore, nonché al fine di mi-

gliorare l'effi cacia dei sistemi di liquidazione dei sinistri delle imprese di assicurazione e di individuare i fenomeni fraudolenti, l'IVASS:

a) **analizza, elabora e valuta le informazioni** desunte dall'archivio informatico integrato di cui al comma 3, nonché le informazioni e la documentazione ricevute dalle imprese di assicurazione e dagli intermediari di assicurazione, al fine di individuare i casi di sospetta frode e di stabilire un meccanismo di allerta preventiva contro le frodi;

b) **richiede informazioni e documentazione** alle imprese di assicurazione e agli intermediari di assicurazione, anche con riferimento alle iniziative assunte ai fini di prevenzione e contrasto del fenomeno delle frodi assicurative, per individuare fenomeni fraudolenti ed acquisire informazioni sull'attività di contrasto attuate contro le frodi;

c) **segnala alle imprese di assicurazione** e all'Autorità giudiziaria preposta i profi li di anomalia riscontrati a seguito dell'attività di analisi, di elaborazione dei dati di cui alla lettera b) e correlazione dell'archivio informatico integrato di cui al comma 3, invitandole a fornire informazioni in ordine alle indagini avviate al riguardo, ai relativi risultati e alle querele eventualmente presentate;

d) **fornisce collaborazione alle imprese** di assicurazione, alle forze di polizia e all'autorità giudiziaria ai fini dell'esercizio dell'azione penale per il contrasto delle frodi assicurative;

e) **promuove ogni altra iniziativa**, nell'ambito delle proprie competenze, per la prevenzione e il contrasto delle frodi nel settore assicurativo;

f) **elabora una relazione annuale** sull'attività svolta, *formula i criteri e le modalità di valutazione delle imprese di assicurazione in relazione all'attività di contrasto delle frodi e rende pubblici i risultati delle valutazioni effettuate* a fini di prevenzione e contrasto delle frodi, e alle iniziative assunte a riguardo dalle imprese di assicurazione e formula proposte di modifica della disciplina in materia di prevenzione delle frodi nel settore dell'assicurazione della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore.

3. Per le finalità di cui al presente articolo, **l'IVASS si avvale di un archivio informatico integrato**, connesso con la banca dati degli attestati di rischio prevista dall'articolo 134 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e successive modificazioni, con la banca **dati sinistri** e banche dati anagrafe **testimoni** e anagrafe **danneggiati**, istituite dall'articolo 135 del medesimo codice delle assicurazioni private, con l'archivio nazionale dei **veicoli** e con l'anagrafe nazionale degli **abilitati alla guida**, istituiti dall'articolo 226 del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, con il **Pubblico registro automobilistico** istituito presso l'Automobile Club d'Italia dal regio decreto-legge 15 marzo 1927, n. 436, convertito dalla legge 19 febbraio 1928, n. 510, con i **dati a disposizione della CONSAP** per la gestione del fondo di garanzia per le vittime della strada di cui all'articolo 283 decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e per la gestione della liquidazione dei danni a cura dell'impresa designata di cui all'articolo 286 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, con i dati a disposizione per i sinistri di cui all'articolo 125 medesimo decreto legislativo gestiti dall'**Ufficio centrale italiano** di cui all'articolo 126, nonché con ulteriori **archivi e banche dati pubbliche e private**, individuate con decreto del Ministro dello sviluppo economico e del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, sentiti i Ministeri competenti e l'IVASS. Con il medesimo decreto, sentito il Garante per la protezione dei dati, sono stabilite le modalità di connessione delle banche dati di cui al presente comma, **i termini, le modalità e le condizioni per la gestione e conservazione dell'archivio e per l'accesso al medesimo da parte delle pubbliche amministrazioni, dell'autorità giudiziaria, delle forze di polizia, delle imprese di assicurazione e di soggetti terzi,** nonché gli obblighi di consultazione dell'archivio da parte delle imprese di assicurazione in fase di liquidazione dei sinistri.

4. Le imprese di assicurazione garantiscono all'IVASS, per l'alimentazione dell'archivio informatico integrato, secondo le modalità e nei termini stabiliti dal decreto di cui al comma 3, l'accesso ai dati relativi ai contratti assicurativi contenuti nelle proprie banche dati, forniscono la documentazione richiesta ai sensi del comma 2, lettera b) , e comunicano all'archivio nazionale dei veicoli di cui all'articolo 226 del codice della strada, di cui al decreto legislativo n. 285 del 1992, e successive modificazioni, gli estremi dei contratti di assicurazione per la responsabilità civile verso i terzi prevista dall'articolo 122 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo n. 209 del 2005, stipulati o rinnovati.

5. La trasmissione dei dati di cui al comma 4 avviene secondo le modalità di cui al decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, previsto dall'articolo 31, comma 1, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modifi cazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27.

6. Nell'esercizio delle sue funzioni l'IVASS evidenzia dall'elaborazione dei dati di cui al comma 3 i picchi e le anomalie statistiche anche relativi a imprese, agenzie, agenti e assicurati e le comunica alle imprese interessate che, con cadenza mensile, comunicano le indagini avviate, i relativi risultati e le querele eventualmente presentate. L'IVASS, in caso di evidenza di reato, comunica altresì i dati all'Autorità giudiziaria e alle forze di polizia.

7. Agli adempimenti previsti dal presente articolo si provvede con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

7bis. All'articolo 148, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e successive modificazioni, al comma 1, primo periodo, sostituire la parola: "due", con la seguente: "cinque".

Art. 22

Misure a favore della concorrenza e della tutela del cosumatore nel mercato assicurativo

1. Al fine di escludere il rinnovo tacito delle polizze assicurative, al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle assicurazioni provate), dopo l'articolo 170, è inserito il seguente:

«Art. 170 -bis (Durata del contratto). — 1. ***Il contratto di assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti ha durata annuale o, su richiesta dell'assicurato, di anno più frazione,***

si risolve automaticamente alla sua scadenza naturale e non può essere tacitamente rinnovato, in deroga all'articolo 1899, primo e secondo comma, del codice civile. L'impresa di assicurazione è tenuta ad avvisare il contraente della scadenza del contratto con preavviso di almeno trenta giorni e a mantenere operante, non oltre il quindicesimo giorno successivo alla scadenza del contratto, la garanzia prestata con il precedente contratto assicurativo fino all'effetto della nuova polizza.

~~1. Al fine di escludere il rinnovo tacito delle polizze assicurative, al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle assicurazioni private), dopo l'articolo 170, è inserito il seguente:~~

~~«Art. 170 bis (Durata del contratto). 1. **Il contratto di assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti non può essere stipulato per una durata superiore all'anno e non può essere tacitamente rinnovato, in deroga all'articolo 1899, primo e secondo comma, del codice civile.**~~

2. Le disposizioni di cui al comma 1 si applicano anche agli altri contratti assicurativi eventualmente stipulati in abbinamento a quello di assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli nel rispetto del disposto dell'articolo 170, comma 3.

3. Le clausole in contrasto con le previsioni di cui al presente articolo sono nulle. La nullità opera soltanto a vantaggio dell'assicurato.».

2. Per le clausole di tacito rinnovo eventualmente previste nei contratti stipulati precedentemente alla data di entrata in vigore del presente decreto, le previsioni di cui al comma 3 dell'articolo 170 -bis del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle assicurazioni private), si applicano a fare data dal 1° gennaio 2013.

3. Nelle ipotesi di contratti in corso di validità alla data di entrata in vigore del presente decreto con clausola di tacito rinnovo, è fatto obbligo alle imprese di assicurazione di comunicare per iscritto ai contraenti la perdita di efficacia delle clausole di tacito rinnovo con congruo anticipo rispetto alla scadenza del termine originariamente pattuito nelle medesime clausole per l'esercizio della facoltà di disdetta del contratto.

4. Al fine di favorire una scelta contrattuale maggiormente consapevole da parte del consumatore, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro dello sviluppo economico, sentiti l'IVASS, l'Associazione nazionale tra le imprese assicuratrici ANIA*, le principali associazioni rappresentative degli intermediari assicurativi e le associazioni dei consumatori maggiormente rappresentative* ~~e le principali associazioni rappresentative degli intermediari assicurativi~~, è definito il «contratto base» di assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, contenente le clausole minime necessarie ai fini dell'adempimento dell'obbligo di legge, e articolato secondo classi di merito e tipologie di assicurato, e sono altresì defi niti i casi di riduzione del premio e di ampliamento della copertura applicabili allo stesso «contratto base».

5. Ciascuna impresa di assicurazione determina liberamente il prezzo del «contratto base» e delle ulteriori garanzie e clausole di cui al comma 4 e formula, obbligatoriamente, la relativa offerta al consumatore anche tramite il proprio sito internet, eventualmente mediante link ad altre società del medesimo gruppo, ferma restando la libertà di offrire separatamente qualunque tipologia di garanzia aggiuntiva o diverso servizio assicurativo.

6. L'offerta di cui al comma 4 deve utilizzare il modello elettronico predisposto dal Ministero dello sviluppo economico, sentita l'IVASS, in modo che ciascun consumatore possa ottenere — ferma restando la separata evidenza delle singole voci di costo — un unico prezzo complessivo annuo secondo le condizioni indicate e le ulteriori clausole di cui al comma 4 selezionate.

7. Le disposizioni di cui ai commi 5 e 6 trovano applicazione decorsi 180 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

8. Al fine di favorire una più efficace gestione dei rapporti contrattuali assicurativi anche in via telematica, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, l'IVASS, sentite l'Associazione nazionale tra le imprese assicuratrici-ANIA e le principali associazioni rappresentative degli intermediari assicurativi, stabilisce con apposito regolamento le modalità secondo cui, entro i successivi 60 giorni, nell'ambito dei requisiti organizzativi di cui all'articolo 30 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, le imprese autorizzate all'esercizio dei rami vita e danni prevedono nei propri siti internet apposite aree riservate a ciascun contraente, accedibili mediante sistemi di accesso controllato, tramite le quali sia possibile consultare le coperture in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze, e, limitatamente alle polizze vita, i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate~~, nonché effettuare rinnovi e pagamenti~~.

9. Al fine di favorire il rafforzamento dei requisiti professionali di cui all'articolo 111 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e anche in considerazione della crescente diffusione dei rapporti assicurativi da gestire in via telematica, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, l'IVASS definisce con apposito regolamento, che dovrà riunificare e armonizzare la disciplina esistente in materia, gli standard organizzativi, tecnologici e professionali riguardanti la formazione e l'aggiornamento degli intermediari assicurativi, con riferimento ai prodotti formativi, ai requisiti dei soggetti formatori e alle caratteristiche tecniche e funzionali delle piattaforme e-learning.

9-bis. Al fine di favorire la liberalizzazione e la concorrenza a favore dei consumatori e degli utenti, all'articolo 12 del decreto legislativo 10 agosto 2010, n. 141, dopo il comma 1-bis è inserito il seguente:

«1-ter. Non costituisce esercizio di agenzia in attività finanziaria la promozione e il collocamento di contratti relativi alla concessione di finanziamenti sotto qualsiasi forma da parte degli agenti di assicurazione regolarmente iscritti nel Registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109, comma 2, lettera a) dekl decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 su mandato diretto di banche ed intermediari finanziari previsti dal Titolo V del decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385. Il soggetto mandante cura l'aggiornamento professionale degli agenti assicurativi mandatari, assicura il rispetto da parte loro della disciplina

prevista ai sensi del titolo VI del decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385 e risponde per i danni da essi cagionati nell'esercizio dell'attività prevista dal presente comma, anche se conseguenti a responsabilità accertata in sede penale».

10. Al fine di favorire il superamento dell'attuale segmentazione del mercato assicurativo ed accrescere il grado di libertà dei diversi operatori, gli intermediari assicurativi di cui al comma 2, lettere a) , b) , d) , dell'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, nonché quelli inseriti nell'elenco annesso al registro degli intermediari medesimi ex articolo 33, comma 2 del regolamento ISVAP n. 5/06, possono adottare forme di collaborazione reciproca nello svolgimento della propria attività anche mediante l'utilizzo dei rispettivi mandati. Detta collaborazione è consentita sia tra intermediari iscritti nella medesima sezione del registro o nell'elenco a questo annesso, sia tra di loro reciprocamente, a condizione che al cliente sia fornita, con le modalità e forme previste nel Codice delle assicurazioni private e sui regolamenti attuativi, una corretta e completa informativa in relazione al fatto che l'attività di intermediazione viene svolta in collaborazione tra più intermediari, nonché l'indicazione dell'esatta identità, della sezione di appartenenza e del ruolo svolto dai medesimi nell'ambito della forma di collaborazione adottata. L'IVASS vigila sulla corretta applicazione del presente articolo e può adottare disposizioni attuative anche al fine di garantire adeguata informativa ai consumatori.

11. Gli intermediari assicurativi che svolgono attività di intermediazione in collaborazione tra di loro ai sensi del comma 10 rispondono in solido per gli eventuali danni sofferti dal cliente a cagione dello svolgimento di tale attività, salve le reciproche rivalse nei loro rapporti interni.

12. A decorrere dal 1° gennaio 2013, le clausole fra mandatario e impresa assicuratrice incompatibili con le previsioni del comma 10 sono nulle per violazione di norma imperativa di legge e si considerano non apposte. L'IVASS vigila ed adotta eventuali direttive per l'applicazione della norma e per garantire adeguata informativa ai consumatori.

13. Anche al fine di incentivare lo sviluppo delle forme di collaborazione di cui ai commi precedenti e di fornire impulso alla concorrenza attraverso l'eliminazione di ostacoli di carattere tecnologico, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, l'IVASS, sentite l'ANIA e le principali associazioni rappresentative degli intermediari assicurativi, dovrà definire standard tecnici uniformi ai fini di una piattaforma di interfaccia comune per la gestione e conclusione dei contratti assicurativi, anche con riferimento alle attività di preventivazione, monitoraggio e valutazione.

14. Al fine di superare possibili disparità di trattamento tra i consumatori nel settore delle polizza vita, il secondo comma dell'articolo 2952 del codice civile è così sostituito:
«Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in *due* ~~dieci~~ anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, *ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni*».

~~14. Al fine di superare possibili disparità di trattamento tra i consumatori nel settore delle polizza vita, il secondo comma dell'articolo 2952 del codice civile è così sostituito:
«Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in dieci anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda».~~

15. Nell'ambito delle proprie funzioni istituzionali e dotazioni organizzative e finanziarie, l'IVASS, anche mediante internet, garantisce un'adeguata informazione ai consumatori sulle misure introdotte dal presente articolo e assicura altresì, all'interno della relazione di cui all'articolo 21, comma 2, un'esauriente valutazione del loro impatto economico-finanziario e tecnologico-organizzativo.

15-bis. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto legge, l'IVASS provvede, limitatamente al ramo assicurativo danni, alla definizione di misure di semplificazione delle procedure e degli adempimenti burocratici, con particolare riferimento alla riduzione degli adempimenti cartacei e della modulistica, nei rapporti contrattuali fra imprese di assicurazione, gli intermediari e clientela, anche favorendo le relazioni digitali, l'utilizzo della posta elettronica certificata, la firma digitale e i pagamenti elettronici e i pagamenti on line.

15-ter. L'IVASS, con apposita relazione da presentare alle competenti commissioni parlamentari entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge e successivamente con cadenza annuale entro il 30 maggio di ciascun anno, informa sulle misure di semplificazione adottate ai sensi del comma 15-bis e sui risultati conseguiti in relazione a tale attività.

15-quater. Nei contratti di assicurazione connessi a mutui e ad altri contratti di finanziamento, per i quali sia stato corrisposto un premio unico il cui onere è sostenuto dal debitore/assicurato, le imprese, nel caso di estinzione anticipata o di trasferimento del mutuo o del finanziamento, restituiscono al debitore/assicurato la parte di premio pagato relativo al periodo residuo rispetto alla scadenza originaria, calcolata per il premio puro in funzione degli anni e della frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura nonché del capitale assicurato residuo.

15-quinquies. Le condizioni di assicurazione indicano i criteri e le modalità per la definizione del rimborso di cui al comma 15-bis. Le imprese possono trattenere dall'importo dovuto le spese amministrative effettivamente sostenute per l'emissione del contratto e per il rimborso del premio, a condizione che le stesse siano indicate nella proposta di contratto, nella polizza ovvero nel modulo di adesione alla copertura assicurativa. Tali spese non devono essere tali da costituire un limite alla portabilità dei mutui/finanziamenti ovvero un onere ingiustificato in caso di rimborso.

15-sexies. In alternativa a quanto previsto al comma 15-quater, le imprese, su richiesta del debitore/assicurato, forniscono la copertura assicurativa fino alla scadenza contrattuale a favore del nuovo beneficiario designato.

15-septies. Il presente articolo si applica a tutti i contratti, compresi quelli commercializzati precedentemente alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, in tal caso le imprese aggiornano i contratti medesimi sulla base della disciplina di cui ai commi da 15-quater a 15-sexies.

■

ISVAP

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo

D.L. "LIBERALIZZAZIONI": NUOVI DIRITTI DEI CONSUMATORI IN MATERIA DI R.C.AUTO

Il decreto "liberalizzazioni" contiene alcune norme in materia r.c.auto che attribuiscono ai consumatori nuovi diritti.
L'ISVAP ha chiarito alle compagnie di assicurazione alcuni aspetti attuativi delle nuove norme.
In particolare:

Variazione in diminuzione automatica del premio in assenza di sinistri (Art. 34 bis)
La norma prevede che all'assicurato che non abbia provocato sinistri sia applicata, all'annualità successiva, una riduzione automatica del premio.
L'ISVAP ha chiarito che la norma va applicata secondo un meccanismo biennale di "scorrimento" e che la riduzione di premio, nel primo anno, non può essere compensata da eventuali aumenti di tariffa.
La riduzione va indicata nel contratto in termini percentuali in modo da mettere l'assicurato nella condizione di verificarne agevolmente l'applicazione nell'anno successivo.
La norma è già in vigore.

Ecco un esempio concreto di applicazione della norma:
- consumatore che pagava un premio di euro 500,00, in classe di merito 3, che deve rinnovare il contratto r.c.auto il 1° luglio 2012;
- l'impresa è tenuta ad indicare nella polizza di rinnovo, in termini percentuali, la riduzione di premio di cui beneficerà l'assicurato alla scadenza del 1° luglio 2013, in caso di assenza di sinistri. Le condizioni contrattuali (o apposite appendici) devono prevedere in caso di passaggio dalla classe 3 alla classe 2 la corrispondente riduzione percentuale (ad esempio una riduzione del 5% del premio), percentuale che deve essere chiaramente indicata;
- il 1° luglio 2013 il consumatore che non ha provocato sinistri dovrà pagare euro 475,00 (500 euro meno 25 euro di riduzione, pari al 5%);
- al momento del pagamento della nuova annualità (1° luglio 2013) l'impresa, oltre a riconoscere la riduzione concordata, dovrà indicare, se del caso, che alla successiva scadenza contrattuale (1° luglio 2014) il premio po trà variare in relazione al mutato fabbisogno tariffario. Il consumatore, conoscendo la misura del nuovo premio con almeno 30 giorni di anticipo (ai sensi del Regolamento ISVAP n. 4/2006), potrà ricercare coperture più convenienti.
- al 1° luglio 2014 l'assicurato pagherà il nuovo p remio e avrà diritto di conoscere quale sarà la riduzione automatica del premio al 1° lugli o 2015, e così via ……

Polizze con "scatola nera" - Art. 32, comma 1
La norma prevede che, nel caso in cui l'assicurato acconsenta all'installazione sul proprio veicolo della scatola nera o dispositivi similari, le imprese devono applicare una riduzione significativa di premio e che tutti i relativi costi sono a carico delle imprese.
La norma comporta l'obbligatorietà per le imprese di offrire polizze con scatola nera, ma non è ancora operativa. Lo sarà dopo l'emanazione del regolamento attuativo che l'ISVAP sta predisponendo insieme al Ministero dello Sviluppo Economico e al Garante Privacy (termine previsto dal decreto liberalizzazioni: 25 giugno 2012).
Dopo il regolamento, il consumatore avrà diritto di pretendere in agenzia e presso le imprese telefoniche/internet una polizza con scatola nera.

Valutazione medico legale delle lesioni di lieve entità
Sono cambiate le norme sulla risarcibilità dei danni alla persona di lieve entità (fino al 9% di invalidità permanente), con l'obiettivo di limitare i risarcimenti per "colpi di frusta" inesistenti.
Attenzione però al comportamento dell'impresa nel trattamento del danno permanente e del danno temporaneo: l'impresa può richiedere che il danno biologico permanente venga valutato dal medico legale attraverso un accertamento clinico *strumentale* obiettivo (ad esempio lastre, risonanza magnetica, ecc.).. Il danno biologico temporaneo, cioè i giorni di inabilità temporanea assoluta o relativa, invece può essere accertato dal medico legale anche solo "visivamente", cioè senza necessità di accertamenti strumentali.

Cosa fare se l'impresa non applica le nuove norme
Se le imprese di assicurazioni (agenzie o centri liquidazione sinistri) non applicano le nuove norme il comportamento va segnalato all'**ISVAP**, chiamando il **Contact Center Consumatori** al **numero verde 800486661** dal lunedi al venerdi dalle 9 alle 13.30 o inviando un reclamo scritto : ISVAP, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745
o 06.42.133.353. ■

autofanpage

RC auto fraudolente, dal primo gennaio all'Ivass il compito di supervisionare

Nei soli primi mesi del 2012 le compagnie assicurative hanno generato oltre 29 milioni di euro in sanzioni. Fra le accuse: i ritardi nell'effettuare i rimborsi e nel rilasciare l'attestato di rischio, liquidazioni inferiori al danno riscontrato e contratti troppo salati.

Le cosiddette truffe alle assicurazioni sono di sicuro una delle tante cause che hanno portato le stesse a vette mai raggiunte prima d'ora, colpevoli gli automobilisti poco virtuosi che sfruttano i soliti "colpi di frusta" o altri piccole lesioni per farsi rimborsare incidenti mai realmente avvenuti. Occhio dunque alle menti truffaldine ma a quanto pare anche alle stesse assicurazioni! Secondo quanto riportato infatti da Il sole 24 Ore, nei soli primi mesi del 2012, l'Isvap (ossia l'autorità addetta al controllo delle compagnie) ha sanzionato le stesse per la straordinaria somma di 29 milioni di euro, addirittura un terzo in più di quanto riscontrato nel primo semestre del 2011. Causa di maggiori problematiche sono infatti le stesse RC auto, accusate in otto casi su dieci di venir meno ai contratti stipulati nelle proprie polizze auto.

Sotto i riflettori la liquidazione del sinistro – solitamente in ritardo o inferiore rispetto al danno da rimborsare, ma ancor di più la mancanza del rilascio nei tempi previsti dell'attestato di rischio, documento strettamente necessario ai fini di un cambiamento di compagnia posticipato per evitare una perdita di introiti sicuri. Tra le oltre 2000 sanzioni applicate la fetta più grossa spetta all'Unipol con 557 multe per un totale di 2.513.700 euro, a seguire Groupama a quota 300 (2.549.077 euro), la Milano con 125 verbali per un netto di 1.383.566 euro e via discendendo. Il record per la sanzione più salata va ad ogni modo all'Axa che in colpo solo è riuscita a farsi capo di oltre due milioni di euro, non male neanche la Zuritel che segue ad un milione, per non parlare della Crédit Agrigole che per assicurare un'utilitaria ad un 18enne chiedeva l'esborso di 4.500 euro l'anno, praticamente quello che molti di noi capteranno come un'invito all'elusione dell'obbligo di stipulare un contratto d'assicurazione. Sempre più automobilisti, anche i più virtuosi, vengono infatti scoraggiati dal sempre crescente prezzo delle RCA, taltolva davvero troppo salato per poter rientrare all'interno di un budget familiare, tanto da far nascere in cuor proprio la vera e propria convinzione di una speculazione forzata.

Per far fronte a questa problematica ecco dunque che il Governo con l'arrivo del Decreto di sviluppo 2012 ha deciso che, a partire dal 1° gennaio 2013, l'incarico di vigilare sull'operato delle assicurazioni non sarà più ad appannaggio dell'Isvap ma bensì dell'Ivass, sotto la vigilanza della Banca d'Italia. Il presidente dell'associazione sarà lo stesso direttore generale della Banca d'Italia, Fabrizio Saccomanni, che opererà con funzioni di rappresentanza e coordinamento. La stessa Ivass avrà inoltre il compito della prevenzione delle frodi, collaborando a stretto contatto con assicurazioni e forze inquirenti per scovare quei tanto acclamati "Incidenti fasulli".

PALERMO OGGINOTIZIE

Messina – Oltre cento indagati per truffa alle assicurazioni

MESSINA – La Procura di Barcellona Pozzo di Gotto ha emesso 120 provvedimenti di indagine a carico di altrettante persone coinvolte in una vera e propria associazione a delinquere finalizzata alla frode assicurativa, che organizzavano falsi incidenti con i quali venivano truffate le agenzie assicurative.
Le indagini erano partite in seguito a segnalazioni delle stesse agenzie, le quali erano in allarme per i risarcimenti ammontanti a svariate migliaia di euro, per un totale che aveva assunto proporzioni milionarie. Secondo le indagini, i risarcimenti elargiti solo nel 2009 hanno toccato i 35 milioni di euro.
L'indagine è condotta dai sostituti procuratori Fabio Sozio e Giorgio Nicola, che le hanno affidate al Comando dei carabinieri, i quali hanno scoperto una organizzazione molto articolata e composta, fra gli altri, da professionisti che si prestavano al gioco, come medici, avvocati, periti assicurativi, che assistevano alla messa in opera dei falsi incidenti per poter poi garantire i risarcimenti, confermando gravi lesioni alle persone interessate, favorendo appunto la riscossione del risarcimento. Non manca neanche il titolare di un'autofficina e un giudice onorario del Tribunale di Patti.
La grande truffa è stata portata alla luce da un investigatore privato, Gaetano Tamburello, assunto dalle stesse agenzie assicurative per indagare sui fatti in questione. L'esito del suo rapporto è stato determinante per l'avvio dell'inchiesta: tutti gli incidenti erano abilmente falsificati, e tutti erano riconducibili agli stessi nomi di avvocati. Stranamente inoltre, le persone che subivano gli incidenti, appartengono allo stesso insieme di circa una trentina di famiglie legate ai clan mafiosi del territorio del Longano, fra cui quello di Vito Carmelo Foti, o di Carmelo Mazza, ucciso nel 2010 e luogotenente del boss Carmelo D'Amico.

SicurAuto.it

Truffe assicurative: in Inghilterra costano 400 milioni

Contro le frodi assicurative inglesi vigila l'IFB, un dipartimento della polizia che contrasta gli incidenti falsi

Aldilà della Manica lo chiamano "Crash for Cash" ma da noi è più conosciuto come frode assicurativa, il fenomeno che ha giustificato l'impennata incontrollata delle garanzie RC auto in Italia quanto in Inghilterra. Il meccanismo non nasconde nulla di sorprendente: basta coinvolgere incaute vittime inconsapevoli (o compiacenti) e simulare incidenti stradali anche gravi, chiedendo enormi somme di risarcimento per danni materiali, disagi economici e lesioni fisiche che non esistono alle compagnie assicurative. A stupire, invece, sono le fitte organizzazioni smascherate dall'IFB, formate da bande organizzate che mettono in atto il meccanismo criminoso reclutando professionisti del settore tecnico, legale e ospedaliero e producono un costo per le tasche degli automobilisti diligenti di 392 milioni di sterline.

1 SU 7 È FALSO – Secondo l'IFB, il Dipartimento frodi assicurative che lavora a stretto contatto con La Polizia inglese, il buco finanziario provocato dalle truffe alle assicurazioni è diventato così dilagante da richiedere la collaborazione attiva dei cittadini, le vere vittime degli incidenti fasulli. Dalla sua istituzione nel 2006, l'IFB ha scoperto 69.500 richieste di risarcimento gonfiate per incidenti mai accaduti e lesioni fisiche, di passeggeri chiamati a rilasciare testimonianze ingannevoli ma certificate da medici e legali corrotti. Per dare uno strumento valido agli automobilisti inglesi, su cui grava il recupero collettivo dei crediti attraverso l'aumento delle polizze assicurative, è stata dedicata la linea telefonica Crimestoppers invitandoli a denunciare o fornire in forma anonima utili dettagli sui truffatori del sistema 'Crash for Cash'.

IL DANNO E LA BEFFA – "I truffatori non truffano solo il settore assicurativo; rubano dalla tasca di ogni contraente onesto il cui premio aumenta per coprire i costi di ogni frode. Ma il 'Crash for Cash', comporta rischi ancora più grandi per la società: i truffatori, motivati da avidità, stanno giocando con la vita degli automobilisti innocenti deliberatamente, provocando incidenti su e giù per il paese" ha dichiarato David Neave, presidente dell'IFB. "Le frodi 'Crash for Cash' fruttano a bande criminali organizzate milioni di sterline, che utilizzando per finanziare altri reati che affliggono la nostra società, comprese le armi da fuoco illegali, spaccio di droga e la tratta di esseri umani" ha concluso Neave prima di commentare i traguardi raggiunti dall'IFB fino ad oggi.

CI SONO ANCHE I VOLONTARI – Un'indagine condotta in Inghilterra da Ipsos MORI, agenzia che conduce ricerche di mercato, ha rivelato che tra gli intervistati almeno 1 su 10 ha partecipato a una frode Crash for Cash, o ha pensato di farlo. Ma non sempre tutto fila liscio anche per i criminali, infatti, dal 2006 a oggi l'IFB ha monitorato attivamente il panorama dei risarcimenti assicurativi al fianco dei poliziotti, assicurando alla giustizia inglese società di recupero e di stoccaggio veicoli, meccanici, auto carrozzerie di riparazione, medici e avvocati tra i professionisti corrotti o indotti a contribuire all'attività illecita di frode. Ben 40 organizzazioni sono state smantellate, sventando truffe assicurative per un valore complessivo di 66.6 milioni di sterline. In Italia le cose non vanno meglio e la speranza degli automobilisti onesti di rivedere le tariffe ritoccate al ribasso risiede nell'operato del sistema antifrodi IVASS che da poco ha sostituito l'ISVAP. Riuscirà il nuovo archivio italiano anti-frodi a liberare gli italiani virtuosi dal meccanismo irreversibile del caro assicurazione, che continua a incepparsi dallo sblocco delle tariffe assicurative ordinato al Governo nel 2000? Di acqua ne è passato sotto i ponti e da allora la libera commercializzazione dei prodotti di assicurazione nell'Unione europea, sostenuta a Bruxelles, è costata fin troppo a chi continua a resistere alla tentazione di esporre sul parabrezza un tagliando falso, piuttosto che alimentare la fornace dell'illegalità.

Donato D'Ambrosi

Sinistro Stradale – Risarcimento danni non patrimoniali – Lesioni di lieve entità – art. 139 CdA dopo la riforma – 28.02.2012

Interessante sentenza emessa dal Giudice di Pace di Mascalucia, avente ad oggetto una domanda di risarcimento danni subiti a seguito di sinistro stradale. Il Giudice adito ha, preliminarmente, affrontato l'attualissimo tema della risarcibilità del danno alla persona, a seguito della Legge 24 marzo 2012, n. 27 in sede di conversione del D.L. 1 del 24 gennaio 2012, con la quale sono state apportate due aggiunte all'art. 139 Codice delle Assicurazioni (Danno Biologico per lesioni di lieve entità) , al quale, dopo il comma tre sono stati aggiunti i periodi di testo identificati come 3-ter e 3-quater:

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

L'avv. Antonio Zarrillo,Giudice di Pace di Mascalucia, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n°1069/11 R.G., promossa da
– G. Maria nata a ..., residente in …, rappresentata e difesa, giusta procura a margine dell'atto introduttivo di lite dall'avv. P… ed elettivamente domiciliata presso il suo studio, ...

– attrice –

CONTRO

– F. Andrea Angelo residente in ...

– convenuto - contumace –

– GROUPAMA Assicurazioni S.p.a., in persona del suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in ... rappresentata e difesa dall'avv. S. per mandato in atti ed elettivamente domiciliata presso il di lui studio ...

– convenuta –

OGGETTO: Risarcimento danni da circolazione stradale.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione,regolarmente notificato, G. Maria conveniva in giudizio, la Groupama Assicurazioni spa e in corso di giudizio, su autorizzazione del Giudice, con rinnovazione dell'atto introduttivo di lite F. Andrea Angelo esponendo:
– CHE in data 8.7.2010, verso le ore 21.30, il motociclo Honda SH targato targato D…. stava percorrendo in Mascalucia, il corso S. Vito in direzione Tremestieri Etneo;
– CHE l'autoveicolo Mitsubishi targato D… stava percorrendo la via Campo Sportivi e giunto all'incrocio con il c.so S. Vito, non si arrestava al segnale di STOP posto sul proprio senso di marcia andando a urtare il motociclo;
– CHE, a causa dell'urto il motociclo Honda SH finiva per urtare, il fuoristrada targato D…, il quale stava percorrendo il c.so S.Vito in direzione Mascalucia, mentre la conducente G. Maria pativa lesioni fisiche. Ritenuto che il motociclo Honda SH di proprietà di M. Stefano era sfornito di copertura assicurativa, veniva formulata richiesta risarcitoria alla Groupama Ass.ni spa, nella qualità di assicuratore del veicolo responsabile del sinistro, con racc. a/r n. 1…… del 9.10.2010, la quale non provvedeva a formulare alcuna offerta.

CONCLUSIONI

"accertare e dichiarare che il sinistro ebbe a verificarsi secondo la dinamica enunciata in narrativa e per l'effetto condannare la Groupama Ass.ni spa e F. Andrea Angelo in solido a risarcire alla istante la somma di Euro 2.604/50 o quella somma maggiore e minore che risulterà a seguito dell'espletanda istruttoria per I.P. 2%,ITA gg.10,ITP gg.10 al 50% e sofferenza soggettiva, con vittoria di spese e compensi da distrarre ex art. 93 c.p.c.". Si costituiva la Groupama Assicurazioni, la quale istanziava per la riunione del presente giudizio con quello promosso da R. Arturo pendente innanzi al Giudice di Pace avv. Burtone e nel merito chiedeva il rigetto della domanda attorea in quanto infondata in fatto e diritto e in subordine, senza recesso da quanto dedotto ed eccepito, contenere il chiesto risarcimento nella misura del giusto, equo e provato. Con provvedimento del 5.3.2012 il Giudice
Coordinatore, rigettava l'istanza di riunione dei procedimenti. Ammesse ed esitate prova testimoniale e CTU medico legale, precisate le conclusioni e depositate comparse conclusionali e dalla difesa attorea, nota spese per Euro 2.191/99, la causa all'udienza del 16.5.2012 è stata introitata a sentenza.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Ante omnia va dichiarata la contumacia del convenuto F. Andrea Angelo, regolarmente citato e non comparso. In via preliminare viene evidenziato che è stata regolarmente assolta la condizione di proponibilità dell'azione prevista dal D.Lgs. 209/2005, avendo l'attrice formulato richiesta risarcitoria a mezzo racc. a.r. alla convenuta Compagnia di Assicurazione ed atteso lo *spatium deliberandi cogitationisque*.
Sull'*an debeatur* si rileva che gli elementi di prova emersi dall'espletata istruttoria, sono costituiti dalla dichiarazione testimoniale. Il teste F. Andrea ha confermato gli articolati di cui all'atto introduttivo di lite, precisando, trovandosi a circa 20 metri dal luogo del sinistro, di aver visto una vettura di colore grigio che giunta all'incrocio con il corso S. Vito, non si arrestava al segnale di STOP così andando a impattare un motorino che proveniva dalla destra di c.so San Vito in direzione Tremestieri Etneo. A seguito dell'impatto il motorino andava a finire contro un fuoristrada che in quel momento giungeva dalla parte inversa rispetto al motorino. Il predetto ha riferito di ricordare che a bordo del motociclo vi erano due ragazze, le quali lamentavano dolori. Il determinismo dell'evento deve ascriversi alla condotta di guida del conducente dell'autoveicolo Mitsubishi, contraria alle norme generiche e specifiche che regolano la circolazione, causativa del danno posto a fondamento della domanda, rivelatasi come circostanza esclusiva per la verificazione del sinistro. Il consolidato principio secondo il quale, in tema di scontro tra veicoli l6; di applicazione dell'art. 2054 c.c., l'accertamento in concreto della colpa di uno dei conducenti non comporta di per sè il superamento della presunzione di colpa concorrente dell'altro (all'uopo occorrendo che quest'ultimo fornisca la prova liberatoria, ovvero la dimostrazione di essersi uniformato alle norme sulla circolazione e a quella della comune prudenza, e di essere stato messo in condizioni di non potere fare alcunché per evitare il sinistro) non può essere inteso nel senso che, anche quando questa prova ▶

non sia in concreto possibile e sia positivamente accertata la responsabilità di uno dei conducenti, per avere tenuto una condotta in sè del tutto idonea a cagionare l'evento, l'apporto causale colposo dell'altro conducente debba essere, comunque, in qualche misura riconosciuto (Cass. 17.9.2010 n. 19816). La domanda attrice è pertanto meritevole di accoglimento nei limiti sotto specificati.

QUANTUM DEBEATUR
Sulla risarcibilità delle lesioni alla persona di lieve entità giusta legge n° 27/2012.

Il pensiero di Settimio Catalisano e Angelo Massimi Perrini in vexata quaestio "Con la Legge 24 marzo 2012, n. 27 in sede di conversione del D.L. 1 del 24 gennaio 2012 sono state apportate due aggiunte alla normativa vigente in tema di danno alla persona, che peraltro nel suo impianto generale non è stata modificata. In particolare nel testo pubblicato in Gazzetta Ufficiale (GU n. 71 del 24-3-2012 - Suppl. Ordinario n. 53) si legge che all'art. 32 del decreto legge dopo il comma tre sono stati aggiunti i seguenti periodi di testo identificati come 3-ter e 3-quater:

– **3-ter:** "Al comma 2 dell'articolo 139 del codice delle assicurazioni private di cui al D.Lgs. n° 209 del 7-9-2005, è aggiunto in fine, il seguente periodo: «In ogni caso, le lesioni di lieve entità', che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente»;

– **3-quater:** «Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo 139 del D.Lgs. n° 209 del 7-9-2005, é risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione.»

Sia dalla analisi del testo che dalla lettura del coordinato delle norme pubblicato in Gazzetta, è evidente che la incidenza della norma del numero 3-ter è tale, da non modificare l'art.139 nella sua portata generale descrittiva e precettiva, essendosi limitato il legislatore a inserire la nuova norma, senza modificare la definizione di danno biologico che è portata dal numero 2 del 139.

Di seguito, il testo del 139 del Codice delle Assicurazioni come risulta dopo l'aggiunta del 3-ter:

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, è effettuato secondo i criteri e le misure seguenti:

a) a titolo di danno biologico permanente, è 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 è 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 è pari ad euro seicentosettantaquattro virgola settantotto;

b) a titolo di danno biologico temporaneo, è 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. In ogni caso, le lesioni di lieve entità', che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente.

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. *Omissis* …

L'art. 3-quater: una monade priva di inquadramento sistematico.

Dalla lettura sia della legge di conversione che del testo coordinato in Gazzetta Ufficiale non è dato comprendere quale sia l'inquadramento sistematico della "norma" portata del 3-quater. Infatti nel testo che risulta in Gazzetta Ufficiale, a differenza di quello circolato su un quotidiano, l'art. 3-quater non risulta avere direttamente modificato il testo dell'art. 139. Poiché tale circostanza è confermata dalla lettura del testo coordinato non appare possibile dare valenza sistematica alla norma risultando pertanto pienamente giustificate sul punto le critiche svolte parte di taluni che hanno vanamente osservato: «Al riguardo si ritiene opportuno un chiarimento della portata delle disposizioni, considerando che le due norme presentano un campo di applicazione comune, ma sembrano contenere profili contradditori. Infatti, mentre il comma 3-ter esclude il risarcimento del danno biologico "permanente" nel caso in cui le lesioni non siano suscettibili di "accertamento clinico strumentale obiettivo", il comma 3-quater ammette il risarcimento (senza specificare se a titolo di danno biologico permanente o temporaneo) qualora vi sia un riscontro medico legale da cui risulti "visivamente" o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione.»

La vulgata mediatica ´"non si paga più...") e i principi generali del diritto

Le norme in materia di micropermanenti introdotte in sede di conversione di decreto legge ed estranee all'oggetto dello stesso, in violazione pertanto dell'art. 77 (come chiarito dalla Corte costituzionale con la fondamentale sentenza 22/2012) sono state annunciate come interventi volti a "non pagare più i colpi di frusta", al dichiarato scopo di consentire alle imprese assicurative "risparmi" ipoteticamente finalizzati alla "riduzione dei premi assicurativi". A prescindere dal merito, si tratta comunque di considerazioni prive di giuridico fondamento frutto perverso di intrecci tra incultura giuridica, degrado legislativo e plateali pressioni lobbistiche. Ancora più chiaramente e semplicemente: un tale disegno non si può realizzare né si potrà mai imporre nel sistema giuridico italiano, dove chi rompe paga (art. 2043 codice civile), se chi rompe è il proprietario di un veicolo assicurato per la responsabilità civile (art. 1917 codice civile) costui, oltre ad essere obbligato a risarcire i danni, ha anche l'obbligo di assicurare (art. 122 cod. ass.) il proprio veicolo. Specularmente chi viene danneggiato da quel veicolo assicurato, ha il diritto, che nessuno può togliergli anche in forza della normativa comunitaria, di farsi risarcire (e non già indennizzare) direttamente dall'assicuratore, esercitando se del caso l'azione diretta (art. 144 cod. ass.), nei confronti della compagnia del civile responsabile. Occorre poi ricordare che l'obbligo di stipulare la garanzia RCA, non è certo un "aiuto di Stato" introdotto per garantire quote di mercato alle

imprese di assicurazione, ma al contrario, è una garanzia posta a tutela dei danneggiati e delle vittime della strada che, solo con un sistema di RC obbligatoria, hanno la garanzia di ottenere sempre e comunque un risarcimento che diversamente non sarebbe garantito nell'ipotesi che detto risarcimento rimanesse a carico esclusivo del responsabile del sinistro stradale il quale, in ipotesi, potrebbe anche essere soggetto non solvibile. In altre parole, nonostante le difformi intenzioni del legislatore e gli interessati auspici delle imprese, i risarcimenti che l'assicuratore per la RC auto è tenuto a erogare al danneggiato, non possono essere di natura e di entità differente, rispetto a ogni altro risarcimento per fatto illecito. Non è quindi giustificabile la pretesa dell'assicuratore per la RCA di risarcire il danno alla persona, in misura inferiore rispetto a quanto avviene in forza dei generali criteri della responsabilità civile, dal momento che anche la garanzia RCA prevista dall'art.122 del codice delle assicurazioni, rientra tra le quelle disciplinate all'art. 19171 del codice civile e come tale, non ammette franchigie o limitazioni di sorta. Difatti la polizza RCA, per disposizione codicistica, garantisce l'assicurato responsabile di quanto questi in conseguenza del fatto del quale è responsabile, deve pagare al terzo danneggiato.

Nessun mutamento "per legge" della criteriologia medico legale nella RCA

Occorre chiarire però che il lobbista che ha vergato i testi poi divenuti "Legge dello Stato" ha fatto, comunque, un pessimo lavoro; anche se l'obiettivo che si era dato, non risarcire più i postumi permanenti da distrazione del rachide cervicale, ma solo in RCA, era come si è visto, impossibile da raggiungere, il lavoro fatto resta inutile per molte ragioni. **In particolare va ribadito che la definizione di danno biologico del primo comma del 139 del codice delle assicurazioni, non è stata modificata e tale danno resta dunque definito come 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".** Si tratta di una definizione che ha avuto peraltro capacità espansiva ben oltre il settore della RCA come definitivamente consacrato dalla Cassazione a Sezioni Unite nelle note sentenze di S. Martino. Poiché dunque non è mutata la definizione di danno biologico, **rimane sempre compito del medico legale accertare la eventuale esistenza di un danno permanente e/o temporaneo quale esito di una lesione alla integrità psicofisica di un soggetto.**

Quindi un primo dato di fatto: non è stata introdotta nessuna norma tale da costringere la medicina legale, ad utilizzare criteriologie difformi rispetto a quelle validate dalla comunità scientifica: resta ovviamente conforme alla norma, procedere con il consueto accertamento valutativo.

La confusione del legislatore: la "lesione lieve" che "non da luogo a risarcimento". Il ruolo del medico legale: l'apprezzamento del pregiudizio e non il risarcimento.

Come si è visto neanche il lobbista, benché fattosi legislatore, è stato in grado di sostenere che situazioni strumentalmente non accertabili debbano meccanicamente costituire assenza di danno biologico poiché, e non potrebbe essere diversamente, è diretta competenza del medico legale la espressione di un appropriato giudizio tecnico. Se dunque l'innominato "colpo di frusta" non può essere abolito per legge, così come non è possibile mutare per decreto la criteriologia medico legale, il legislatore tenta comunque confusamente di chiarire che "in ogni caso le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente". **E qui il legislatore redige una norma errata sotto diversi profili:** innanzitutto è sbagliata la tecnica di redazione che ha generato una norma pleonastica priva di valore precettivo. Infatti la dicitura **"in ogni caso"** ha valore ricognitivo del quadro generale normativo preesistente e non permette di far discendere dalle parole che la seguono, alcuna modifica sostanziale di quel quadro. Ma vi è di più: la norma è priva di senso, anche nel suo significato tecnico letterale dal momento che ovviamente, **non è "la lesione" che "da luogo a risarcimento per danno biologico permanente" bensì "gli esiti"**, la cui valutazione, è sempre demandata alla preparazione del medico legale. E' dunque parimenti insensato il riferimento che compare nel testo alla "lesione di lieve entità", intesa come evento che da luogo a danno biologico permanente, a meno che, stravolgendo il testo della norma, con un inammissibile volo interpretativo, si intenda per lesione di lieve entità, il postumo della stessa che, a dire del redattore del testo del **3-ter**, se "di lieve entità", non "da luogo" a risarcimento a meno che "non sia suscettibile di accertamento clinico strumentale obiettivo". Ma anche così la norma non si tiene: per valutare se la lesione, rectius: il postumo consolidato, è "lieve", occorre provvedere ad accertarne esistenza ed entità e quindi secondo il legislatore, dovrebbe accadere che il medico legale debba accertare l'esistenza di postumi di distrazione del rachide di lieve entità, magari valutati secondo i vigenti barhemes ministeriali del 2003, in < 2%, perché come previsto dal DPR non strumentalmente accertabili. Sempre il medico legale dovrebbe, in un successivo momento logico della propria attività valutativa, chiarire se quei postumi di lieve entità (in ipotesi 2%), che il legislatore chiama "lesioni di lieve entità", siano o meno suscettibili di "accertamento clinico strumentale obiettivo". E così per successive approssimazioni, si arriva ad una ulteriore criticità, vale a dire cosa debba intendersi per "accertamento clinico strumentale obiettivo", oltre che, problema non da poco, se il fantomatico accertamento debba essere relativo alla lesione o ai postumi. Ci si limita ad osservare che se il legislatore avesse voluto, inammissibilmente, subordinare il "riconoscimento" di postumi risarcibili al riscontro strumentale, non avrebbe scritto le parole "accertamento clinico". Così chiariti i passaggi, il ruolo del medico legale arriva a conclusione. Se richiesto di un parere in materia di RCA, in ipotesi di esiti di trauma del rachide, non dovrà dunque sostenere l'inesistenza di quei postumi che fino a ieri venivano pacificamente valutati ma, a secondo della interpretazione della norma che avrà ritenuto più convincente, potrà continuare ad operare con i medesimi criteri valutativi ante Legge 27/2012 continuando a utilizzare i barhemes del DPR 2003. È infatti evidente, quale che sia il significato che si voglia dare alla disposizione secondo la quale **"in ogni caso le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente"** che il ruolo del medico legale non è stato toccato dalla norma che si limita a chiarire che le "lesioni lievi " o forse i "postumi lievi" delle stesse non "danno luogo" a risarcimento. **La norma non è dunque indirizzata al medico che continua a valutare il danno secondo le disposizioni della prima parte del 139**, e che al più, potrà concludere nell'ipotesi di postumi soggettivi valutabili ex DPR 2003, richiamando la valutazione prevista. *(omissis)*

Il Giudice di Pace – Avv. Antonio Zarrillo ■

Il danno, determinato da un medico, va liquidato anche se non si è potuta accertare strumentalmente la lesione

REPUBBLICA ITALIANA
GIUDICE DI PACE DI TREVISO
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Giudice di Pace Dott. Maurizio Redeghieri ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta a ruolo il 7/02/11 al n. 408/11 di R.G. promossa

DA

X.Y. ... rappresentato e difeso dall' Avv. Fornasier/Veronese – *attore* –

CONTRO

Assicurazioni Generali SpA Contumace – *convenuti* –

Oggetto:
risarcimento danno da sinistro stradale: € 11.211,88=

Conclusioni dell'attore
Accertata la responsabilità di …, condannarlo in solido la SPA Generali Assicurazioni di Trieste, nella qualità di Impresa designata per la gestione del Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada, in persona del ... al risarcimento di tutti i danni subiti dall'attore quantificati nell'importo di Euro 11.211,88 con gli interessi ... Spese, diritti ed onorari di lite rifusi.

Conclusioni della convenuta assicurazione
In via preliminare di merito: autorizzarsi la chiamata in causa di P. quale proprietario e conducente della Mercedes C targata … per svolgere nei suoi confronti l'eventuale azione di regresso ex art. 292 del D. Lgs. N° 209/05.
In via principale di merito: rigettarsi la domanda come formulata e ridursi le pretese attoree a termini di giustizia.
Nei confronti di …, condannarlo a rimborsare ad Assicurazioni Generali SpA quanto da questa eventualmente corrisposto all'attore. Spese rifuse o, in subordine, compensate.

FATTO E SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con atto di citazione, ritualmente notificato … conveniva in giudizio …, non risultando questi assicurato, la Compagnia di Assicurazione Generali SpA, quale gestore del fondo di gestione Vittime della strada, per sentirli condannare al pagamento dei danni patrimoniali e non, oltre interessi, rivalutazione e spese, dovutigli a causa del sinistro avvenuto in data 26.09.09 all'intersezione di Viale della Repubblica con via comunale Corti di Treviso.
Sosteneva l'attore che, trovandosi ad attraversare la suddetta intersezione con la luce semaforica "verde", veniva investito dal veicolo Mercedes condotto dal convenuto, transitante con la luce semaforica "rossa".
La sua vettura Fiat Punto subiva danni alla carrozzeria ed egli riportava lesioni personali.
Si costituiva in giudizio la sola Compagnia di assicurazione, chiedendo di essere autorizzata a chiamare in causa il responsabile del sinistro al fine di sentirlo condannare ad eventualmente risarcirla della somma da lei corrisposta all'attore.
Contestava, nel merito, il solo *quantum debeatur* ed in particolare la risarcibilità del sinistro alla luce del disposto dell'art. 139 del codice delle assicurazioni private, per le lesioni di lieve entità.
Venivano assunte le testimonianze ... prezzi **praticati.**
Acquisita la CTU espletata dal Dr. Enrico Pedoja, ritenuta la causa sufficientemente istruita, in data 19.07.12 il giudice la tratteneva in decisione, assegnando termine alle parti ...

MOTIVI DELLA DECISIONE

La domanda è provata e viene accolta, anche se in misura ridotta rispetto alla quantificazione dell'attore.
La responsabilità del sinistro non è contestata.
Il danno materiale, provato con le testimonianze assunte e con la documentazione allegata risulta di Euro 3.680,00.
Il danno alla persona viene determinato in base alle voci di danno accertate dal CTU e sulla scorta dei parametri di legge per soggetto di anni 19 al momento del sinistro:
*Danno biologico permanente al 1,5% =Euro 1.112,77.
* I.T.P. gg. 5 al 75% = Euro 161,85.
* I.T.P. gg. 20 al 50% = Euro 215,80.
* I.T.P. gg. 40 al 25% = Euro 107,90.
* Danno morale già compreso
*Spese mediche riconosciute dal CTU = Euro 820,00.
In totale Euro 2.418,32.
Vengono riconosciute le spese di CTU, Euro 480,00 e di CTP, Euro 480,00 ed, a stralcio, Euro 500,00 per l'attività stragiudiziale di Infortunistica Antoniana di Treviso (Doc, n° 17 attore).
Due parole ancora sull'accertamento strumentale obiettivo del danno biologico. Se, come nella maggior parte delle lesioni cosiddette micropermanenti, non si può accertare il danno in modo strumentale obiettivo, ma un medico comunque lo determina, dopo l'incarico di CTU, ritiene il giudice che, come nel caso di specie, esso vada liquidato. Le spese di giudizio seguono la soccombenza, ma vengono contenute, data la sperequazione fra il danno richiesto inizialmente, quello avanzato in sede di conclusioni e quello accertato.

P.Q.M.

Il Giudice di Pace di Treviso, definitivamente decidendo in causa,
A) Generali Spa, corrente in Trieste, via Machiavelli n° 4, in persona del suo legale rappresentante pro tempore, nella qualità di gestore del fondo di garanzia per le Vittime della strada e …, residente in Paese (TV) … in solido fra di loro a pagare all'attore, come in atti domiciliato e rappresentato, la somma capitale di Euro 6.598,32 oltre agli interessi legali dal dovuto al saldo effettivo, comprensivi di rivalutazione monetaria;
B) Li condanna alla rifusione delle spese sostenute dall'attrice per CTP e CTU e quantificate in Euro 960,00 complessivi;
C) Li condanna alla rifusione delle spese del presente giudizio, liquidate in Euro 2.000,00 oltre IVA e CPA per i motivi suddetti, di cui Euro 700,00 per onorari.

Condanna infine …, ai sensi dell'art. 292 del D.L.vo n° 209/05, a risarcire l'impresa designata dall'ISVAP (Generali di Venezia SpA) delle somme da questa per Lui anticipate in forza della presente sentenza.
Treviso, li 11.10.12.

Il Giudice di Pace, Dr. Maurizio Redeghieri ■

Il Giudice *peritus peritorum* può emettere ordinanza con proposta conciliativa

Commento all'ordinanza DD. 11/10/2012 del Giudice di Pace di Trento, Dr. Avv. Antonio Orpello

Questa decisione che si pone nell'ambito di una controversia in tema di circolazione stradale relativa al solo *quantum debeatur*, definisce in modo interessante questioni assolutamente attuali.

Nella comparsa di costituzione e risposta, la compagnia assicurativa contestava la richiesta risarcitoria sostenendo di aver già risarcito il "colpo di frusta" subito dall'attore con l'offerta prodotta *ante causam*. Le argomentazioni si richiamavano alla recente legge 27/2012 ed alle note sentenze gemelle della Corte di Cassazione del 2008 per negare la risarcibilità delle lesioni e del danno morale.

Il Giudice ha ritenuto di non dover procedere con l'istruttoria, emettendo l'ordinanza in commento, nella quale ha formulato una proposta transattiva riconoscendo sia il diritto al risarcimento del danno morale, sia un valore del danno biologico maggiore di quello liquidato dalla compagnia, integrando successivamente, l'ordinanza riconoscendo anche il danno da invalidità temporanea nella misura indicata in atto di citazione. Riappropriandosi del ruolo di *peritus peritorum*, il Giudice ha esercitato il potere discrezionale di valutazione delle prove e, rifacendosi alla propria preparazione tecnica ed esperienza, ha ritenuto gli accertamenti clinici agli atti sufficienti a concretizzare la prescritta evidenza "strumentale" (art. 32 l. 27/12) necessaria alla liquidazione della micropermanente.

Analogamente ha riconosciuto la risarcibilità del cosiddetto Danno Morale, che è stato liquidato in quanto discendente secondo un criterio di causalità dalla lesione al diritto alla salute dell'attore, riscontrata concretamente dagli atti.

Quando il leso si reca da un professionista sanitario per curare le conseguenze di un sinistro, si assoggetta agli accertamenti strumentali necessari alle cure sulla base della prescrizione dal professionista. Quale valore probatorio potrà essere superiore ai referti del medico che abbia visitato il leso nell'immediatezza dell'evento lesivo e che ne abbia seguito il decorso sino alla guarigione? Perché demandare tutto ad un esame medico postumo, come la CTU, quando le permanenti più piccole si possono riconoscere basandosi sulla documentazione medica? Come si può negare che contusioni e distorsioni producano sofferenza fisica e morale?

Nel campo delle micropermanenti, il Giudice esperto può considerare raggiunta documentalmente la prova del pregiudizio fisico, quantificarlo secondo la sua esperienza e procedere alla liquidazione del *pretium doloris* corrispondente. In questo modo si superano con decisione le incertezze legate alle varie interpretazioni normative. Con un approccio operativo ed efficace il Giudice, confidando nella sua professionalità ed avvalendosi della discrezionalità concessagli dalla legge, ha ottenuto un risultato ineccepibile sia sotto il profilo processuale, riducendo tempi e costi della causa, che quello della Giustizia sostanziale.

dott. Vincenzo Di Scanno – patrocinatore stragiudiziale

UFFICIO GIUDICE DI PACE DI TRENTO
SEZIONE 01 – Via Diaz n. 15

Si comunica a:
Avv. Paolo SCANDOLO
via Pranzelores, 79 – 38100 Trento (TN)

Avv. Roberto ZOLLER
via Solteri, 76 – Trento

Comunicazione di cancelleria
COMUNICAZIONE PER: VEDI ALLEGATO
Procedimento Numero 1786/2012 – RITO ORDINARIO
Azioni di competenza del Giudice di Pace in materia di risarcimento danno
Stato: ATTESA ESITO UDIENZA
Giudice **ORPELLO ANTONIO**
Prossima udienza: 29/10/2012 09:00
Parti nel procedimento

Attore Principale	K.E. difeso da: PAOLO SCANDOLO
Attore Secondario	D.B. difeso da: PAOLO SCANDOLO
Convenuto Principale	**ASSICURATRICE MILANESE SPA** difeso da: ROBERTO ZOLLER

Trento 11/10/2012
L'Assistente giudiziario, Antonella Conti
(omissis)

Il Giudice di Pace ai sensi dell'art. 91 c.p.c., propone alle parti di conciliare la lite come segue:
Per D.B., quantificare danno biologico nella misura del 25% e riconoscere 1/3 del danno morale oltre a un residuo spese a saldo di Euro 1.500,00 (per C.T. e spese legali).
Per K.E., quantificare il danno biologico nella misura del 2% e riconoscere 1/3 del danno morale, anche per l'I.T.P. nonché un residuo pagamento di Euro 1.500,00 per spese di C.T. e legali oltre IVA e C.P.A. se dovute.
Fissa per l'eventuale ulteriore proseguo l'udienza del 29/10/2012, ore 9,00. Si comunichi.
Trento, 11 ottobre 2012
Il Giudice di Pace, Dott. Antonio Orpello ■

"A CONFERMA DEL DANNO ESISTENZIALE"

Commento alla sentenza Cassazione, III Sez. Civ., n. 20292/2012

Novembre, ancora una volta, è mese fecondo di indicazioni di rilievo per quel che riguarda la materia del danno non patrimoniale. A quattro anni di distanza delle celeberrime sentenze a Sezioni Unite del 2008, la sapiente penna di Giacomo Travaglino (estensore dell'ordinanza che a quelle pronunce diede vita) torna ad occuparsi della questione, per fornire alcune fondamentali precisazioni.

Il caso riguarda, ancora una volta, un incidente stradale sfociato nella morte della vittima, a fronte del quale i genitori e il fratello dello scomparso agiscono in giudizio per ottenere i pregiudizi sofferti a seguito del decesso del familiare. Motivo fondamentale intorno al quale ruotano i ricorsi, sia degli attori che della compagnia assicurativa, è il dato relativo alla scansione delle voci non patrimoniali risarcibili a favore dei congiunti, letto alla luce del principio di unitarietà del danno non patrimoniale affermato dalle Sezioni Unite. A questo riguardo la S.C. respinge, da un lato, le doglianze dei congiunti circa la mancata liquidazione del danno alla serenità familiare, alla vita di relazione e del danno edonistico, aderendo all'osservazione della corte di merito secondo cui "le uniche componenti del danno non patrimoniale sono date dal danno esistenziale e dal danno morale subiettivo, invocando erroneamente gli appellanti, con terminologie diverse, quel che in realtà era la medesima voce di danno, prevalentemente indicata con la locuzione unificante dei danno esistenziale". Viene, pertanto, riconosciuta la funzione unificante del danno esistenziale, essendo tali voci "destinate ad una sintesi ex iure caratterizzata da una dimensione risarcitoria 'funzionale' sostanzialmente unitaria".

Sul fronte opposto, viene respinto il ricorso della compagnia assicurativa, che lamenta il riconoscimento a favore dei congiunti della vittima di "una generica ed atipica categoria di danno esistenziale dagli incerti e non definiti confini, distinta rispetto al danno morale soggettivo". A tale proposito la Cassazione riavvolge il nastro dei precedenti fino a prendere in considerazione le statuizioni raggiunte nelle sentenze gemelle del 2003 (in particolare da Cass. 8827/2003), per sottolineare come in quelle pronunce emerga una netta distinzione tra danno biologico in senso stretto, danno morale soggettivo e pregiudizi diversi ed ulteriori, conseguenti alla lesione di un interesse costituzionalmente protetto (sicché, nel caso di specie, viene liquidato il pregiudizio rappresentato dalla permanente privazione della reciprocità affettiva). La distinzione viene autorevolmente confermata dalla immediatamente successiva pronuncia 233/2003 della Corte costituzionale, la quale riconosce l'esistenza, all'interno della dimensione del danno non patrimoniale, di "una vera e propria tripartizione dotata di pari dignità categoriale". Quest'ultima indicazione sarà poi confermata da una successiva sentenza di legittimità (Cass. Sez. Un. 6572/2006) che, pronunciandosi in materia di illecito del datore di lavoro, pone in evidenza l'autonomia del danno esistenziale: individuando un sistema ove si riconosce la "netta separazione, concettuale e funzionale, del danno biologico, del danno morale, del danno derivante dalla lesione di altri interessi costituzionalmente protetti".

La S.C. procede osservando che le norme di cui agli artt. 138 e 139 del codice delle assicurazioni confermano la distinzione tra danno biologico e danno morale; quanto alla componente esistenziale (essendo in gioco una lesione alla salute), essa risulta giocoforza ricondotta entro la prima voce attraverso l'aumento percentuale del punto di invalidità, che vale a dare riscontro alle ripercussioni negative nelle dinamiche relazionali provocate dalla menomazione psico-fisica. Va da sé che quella medesima componente relazionale assumerà una propria identità laddove ad essere colpiti siano interessi diversi dalla salute.

Sgombrato il campo da ogni equivoco quanto all'autonomia del danno morale rispetto al danno biologico e alla componente dinamico-relazionale dello stesso, viene affrontata la questione centrale della legittimità del danno esistenziale, alla luce dell'affermazione delle Sezioni Unite del 2008 secondo cui si tratterebbe, non diversamente dal danno morale, di "species descrittiva di danno inidonea di per sé a costituire autonoma categoria risarcitoria": indicazione, sottolinea la Cassazione, da interpretare alla luce del più generale principio, ricavabile da quelle pronunce, che afferma la centralità della persona e l'integralità del risarcimento del valore uomo.

La S.C. riconosce che - una volta identificata la lesione di una situazione soggettiva protetta a livello costituzionale - il giudice di merito è chiamato "a una rigorosa analisi ed una conseguentemente rigorosa valutazione tanto dell'aspetto interiore del danno (la sofferenza morale) quanto del suo impatto modificativo in pejus con la vita quotidiana (il danno esistenziale)". Una significativa conferma - quanto alla distinzione tra il profilo della sofferenza e quello della modifica della vita quotidiana – viene riscontrata in quella disposizione di legge che, nel definire il reato di stalking, rileva il necessario riflesso degli atti persecutori nel perdurante stato d'ansia o di paura della vittima ovvero nella costrizione della stessa ad alterare le proprie abitudini di vita. Vengono così scolpiti, quali profili distinti del pregiudizio, il dolore interiore – da un lato – e – dall'altro lato – l'alterazione della vita quotidiana: danni diversi, e pertanto autonomamente risarcibili.

Un'autonomia, preme sottolineare, che – lungi dall'implicare duplicazioni risarcitorie – permette, al contrario di garantire la concreta attuazione di quel principio di integralità del risarcimento che appare imprescindibile quando ad essere coinvolta dalla lesione sia la persona, quale che appaia il profilo coinvolto (rapporto parentale, onore, reputazione, libertà religiosa, diritto di autodeterminazione al trattamento sanitario, diritto all'ambiente, diritto di libera espressione del proprio pensiero, diritto di difesa, diritto di associazione: per citare le posizioni che la Cassazione espressamente qui richiama).

Patrizia Ziviz

ART.32 L.27/2012 COMMI TER–QUATER: CONTRIBUTO INTERPRETATIVO MEDICOLEGALE.

di Enzo Ronchi

Art. 32 legge 24.03.2012 n. 27

Comma 3-ter: *Le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente.*

Comma 3-quater: *Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'art.139 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione.*

Le leggi devono essere studiate e, se del caso, interpretate ANCHE in chiave tecnica (medico legale per quanto qui di interesse).
Della necessità di un approccio anche tecnico ci si avvede soprattutto dopo aver letto della interpretazione data da chi tecnico non è.
Il sig. Presidente dell'ANIA, dott. Aldo Minucci (vedasi sua relazione all'assemblea annuale 03.07.12), dice che: "Va sottolineata positivamente l'introduzione della norma che subordina il risarcimento di una lesione lieve all'accertamento clinico eseguito con metodologia scientifica e strumentale verificabile. … In proposito però ci preoccupa l'inaccettabile presa di posizione di alcune associazioni dei medici che considerano non indispensabili gli accertamenti strumentali".
Una nota ISVAP dice: "L'impresa può richiedere che il danno biologico permanente venga valutato dal medico-legale attraverso un accertamento clinico strumentale obiettivo (ad esempio, lastre, risonanza magnetica, eccetera). Il danno biologico temporaneo, cioè i giorni di inabilità temporanea assoluta o relativa, invece può essere accertato dal medico legale anche solo *visivamente,* cioè senza necessità di accertamenti strumentali".
Il 27.03.12 (solo tre giorni dopo la pubblicazione della legge n. 27 in Gazzetta Ufficiale) una importante Società di Assicurazioni diffondeva presso tutti i suoi Fiduciari medico-legali, su scala nazionale, una "Nota di indirizzo relativa alle modifiche apposte dall'art. 139 del Codice delle Assicurazioni", con il dichiarato intento di *indirizzare* gli stessi verso una applicazione lessicale rigorosa della norma che "comporta pertanto che siano prive di effetti risarcitori tutte le conseguenze di lesioni non strumentalmente accertate".
Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordine dei Medici e Odontoiatri, interpellata la Consulta Deontologia Nazionale, vista la legge n. 27/2012, respingeva "qualsiasi possibile interpretazione che possa determinare una selezione di criteri, mezzi e oggetto del relativo accertamento medico-legale"; ed evidenziava come la valutazione sul nesso di causalità non possa essere "confinata al solo ricorso al riscontro strumentale".
La Federazione Associazioni Medico-Legali Italiane, per il tramite del suo delegato, dott. M. Terziani, osservava quanto segue (Il Sole 24 Ore-Sanità, 10-16 luglio 2012): "Le direttive che diverse imprese assicuratrici hanno inviato ai propri fiduciari medico-legali costituiscono una iniziativa inusitata, che tende a limitare la professionalità e l'indipendenza di questi specialisti, tanto più inammissibile perché pone i professionisti in contrasto con il proprio ordinamento deontologico. Infatti, agli articoli 4 e 62, il codice di deontologia medica prevede espressamente che il medico deve operare secondo criteri scientifici, rifuggendo *da pressioni di ordine extra-tecnico e da ogni genere di influenza e condizionamento"*.
Risulta siano ancora poche le sentenze emesse da Giudici di Pace. Se ne ricorda una proveniente da un Ufficio vicino a Milano: danno biologico permanente riconosciuto dal CTU, in due periziandi, all'1,5% e 2%; negazione di ogni forma di risarcimento e spese di causa poste a carico di parte attrice, sia pure in presenza di accertamenti strumentali, peraltro "eseguiti il giorno successivo al fatto".
Dunque, ANIA plaude all'accertamento strumentale; ISVAP precisa che il danno biologico temporaneo può essere accertato anche solo "visivamente"; un Giudice di Pace avanza dubbi circa un danno biologico lieve accertato strumentalmente ma solo il giorno dopo il fatto; mentre le Società di Assicurazioni, di fatto, ora "costringono" i loro Fiduciari medici-legali a valutare zero% gli esiti di "colpo di frusta", pena l'accantonamento del professionista.
Sono libere interpretazione in cui si avverte l'assenza del contributo tecnico; o addirittura sono interpretazioni "strumentali", del tutto partigiane.
Giova, a questo punto, ricordare l'art. 12 delle Preleggi: *"Nell'applicare la legge non si può ad essa attribuire altro senso che quello fatto palese dal significato proprio delle parole, secondo la connessione di esse, e dalla intenzione del legislatore"*.
Dunque: "il significato proprio delle parole secondo la connessione di esse"; e la "intenzione del legislatore".
Ora vedremo come l'intenzione del legislatore sia del tutto chiara ma lo sia molto meno il significato delle parole secondo connessione delle stesse.
Si potrebbe ritenere, anzitutto, che le lesioni di lieve entità possano dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente solo a condizione che siano state accertate con metodo "clinico strumentale obiettivo": dovendosi intendere, alla lettera, che l'esito dei tre sistemi di indagine sia stato contemporaneamente positivo, così che non sia sufficiente il riscontro positivo del metodo clinico, dovendo esserlo, di pari passo, anche l'accertamento strumentale e viceversa.

Ma il legislatore ha omesso, per sua negligenza, e non volutamente, di utilizzare la comune punteggiatura (virgole, barre-trattini) o la congiunzione grammaticale *"e"*: che si imponevano proprio laddove avesse voluto esprimere la contemporanea positività dei tre riscontri: che comunque sono due, chiaro essendo che l'aggettivazione *"obiettivo"* altro non è che un rafforzativo della qualità che deve avere l'accertamento *"clinico strumentale"* (si noti che la qualifica è correttamente pretesa per l'esame clinico, mentre è pleonastica per l'indagine strumentale).
L'incauto legislatore lascia all'interprete di stabilire se fra gli aggettivi *"clinico strumentale"* debba collocarsi una lettera *e*, una *o*, ovvero una *e/o*. Ma è evidente quanto si modifichi radicalmente il significato della norma in funzione dell'uso della congiunzione/disgiunzione: come è evidente che di tale "pasticcio" non si è avveduto l'estensore della legge.
Occorre, a questo punto, stabilire se sul piano della logica e nel rispetto della *ratio* della legge, sia più corretto ritenere che l'accertamento di cui al 3-*ter* vada inteso come clinico *e/o* strumentale o come clinico *e* strumentale.
La negligente omissione nel comma 3-*ter* trova conferma nella formulazione del comma 3-*quater* dove invece è stabilito che l'esistenza della lesione deve essere accertata *"visivamente o strumentalmente"*: si utilizza dunque la disgiunzione "o" ad evidenziare l'alternatività del metodo strumentale ("del *visivamente*" si dirà poi).
Agli estimatori dell'interpretazione letterale si fa rilevare che il legislatore non ha scritto che la lesione, di fatto, deve essere stata oggetto di accertamento; ma che deve essere "suscettibile di accertamento". Ma qualsiasi lesione, anche la più lieve e meramente soggettiva, gode del requisito di essere "suscettibile di": altra cosa, poi, sarebbe che sia stata "oggetto di" positivo accertamento. Né pare seriamente condivisibile la tesi secondo cui le conseguenze del "colpo di frusta" siano l'unica eccezione alla regola, tale per cui, per definizione, esse non godano del requisito, neppure teorico, della accertabilità con metodo clinico o con indagine strumentale.
Pertanto, secondo "significato proprio delle parole" (art. 12 Preleggi) il comma 3-*ter* dovrebbe finire in una sorta di *tamquam non esset*.
Ma è evidente che il "suscettibile di" rappresenta solo il lemma scorretto, o quanto meno improprio, del nostro superficiale legislatore, il quale piuttosto intendeva riferirsi a lesioni lievi che siano state "oggetto di", tanto che il comma 3-*quater* non parla di esistenza "accertabile" ma di esistenza "accertata" della lesione.
Vi è chi sostiene che il 3-*ter* riguarda il solo danno biologico permanente (e qui *nulla quaestio* perché così sta scritto) mentre il 3-*quater* riguarderebbe la sola inabilità temporanea.
Ma non si può essere d'accordo, perchè qui è scritto "danno alla persona" e non danno temporaneo (a proposito di "significato proprio delle parole").
Dunque (3-*ter*) il danno biologico in micropermanente è risarcibile a fronte di positivo accertamento clinico e strumentale oppure clinico e/o strumentale? In accordo con la grande maggioranza della comunità scientifica medico-legale, si ritene che il positivo accertamento sia da intendere come *"clinico e/o strumentale"*.
E non potrebbe essere diversamente in un approccio al problema che sia medico-legale: chiaro essendo che nella fase diagnostico-terapeutica della lesione, spesso non si perviene all'accertamento strumentale se già l'esame clinico è risultato probante della oggettiva esistenza della lesione; così come è noto che un esame clinico negativo può lasciare dubbi circa la sottostante esistenza di una lesione, tale per cui si procede con accertamento strumentale che (se positivo) sarà così il solo ad avere oggettivato la lesione. Neppure si potrà pretendere che gli impegnatissimi medici di affollati pronto-soccorsi si spingano a disporre accertamenti strumentali superflui (e costosi) al solo scopo di soddisfare le esigenze risarcitorie dei pazienti, nel rispetto di norme di interesse medico-legale che, probabilmente, molti di loro nemmeno conoscono (anzi, siamo loro grati se privilegiano letture di aggiornamento clinico-scientifico, ben più utili per la salute dei cittadini).
E ben dovrebbe guardarsi la signora gravida dal subire una distorsione della colonna cervicale, avendo una controparte assicurativa che ha sposato l'interpretazione letterale della norma: si vedrebbe negato il diritto al risarcimento dell'eventuale danno biologico permanente per non essersi sottoposta anche all'accertamento radiologico strumentale (*Vae victis!*).
Che dire, poi, di una giovane donna che presenta una "brutta" cicatrice cutanea ad una coscia, correttamente meritevole di una stima per danno biologico permanente nella misura del cinque%, secondo tabelle medico-legali di corrente uso? Non potrà essere risarcita perché (ovviamente!) mai ebbe a sottoporsi ad un accertamento strumentale, del tutto inutile?
Sono solo pochi esempi e la casistica di tutti giorni molti altri ne potrebbe proporre.
Insomma: esplodere colpi di arma da fuoco verso "certi colpi di frusta" può essere legittimo; molto meno colpire anche gli innocenti.
Oltre che leggi *ad personam* ora abbiamo anche leggi *ad patologiam* e *ad regionem*? Si noti, a questo punto, che il legislatore non ha posto limiti temporali nell'esecuzione degli accertamenti in discorso. Nulla vieta, pertanto, che questi siano acquisiti dopo la "eventuale" prestazione di pronto soccorso, per il tramite del medico di base o di specialista di fiducia intervenuto in sede privata.
Il comma 3-*ter* pone una pregiudiziale sul danno biologico permanente, definito risarcibile purché le lesioni che ne sono all'origine siano state oggetto (del "suscettibile" già si è detto) di positivo accertamento, o meglio di obiettivazione con metodo clinico e/o strumentale.
La pregiudiziale, dunque, non riguarda le altre conseguenze lesive (danno biologico temporaneo, ulteriore danno biologico in applicazione all'art. 139.3 D. Lgs. 209/2005, sofferenza morale nel periodo di inabilità temporanea, danno emergente per spese di cura): le quali dunque, secondo il 3-*ter* resterebbero risarcibili anche se a determinare le stesse siano state lesioni di lieve entità che siano di sola natura soggettiva e che non abbiano avuto validazione attraverso ac-

certamenti obiettivi.
Di fatto, non è infrequente che a lesioni di lieve entità (soggettivamente lamentate o anche concretamente obiettivate) faccia seguito solo un periodo di inabilità temporanea, in assenza di postumi permanenti; ed è corretto pertanto che il legislatore si sia curato di tali fattispecie, offrendo anche protezione al danno emergente che pressoché regolarmente vi si affianca: tutto sommato, può anche darsi il caso che la persona non presenta postumi di natura permanente proprio perché si è ben curata!
Ma, accade che subito dopo (comma 3-*quater*) il legislatore nega tutto, si "rimangia disinvoltamente la parola data" , affermando che pregiudiziale per il risarcimento del danno, in tutte le sue voci, compresa la inabilità temporanea, è la prova della "esistenza della lesione" (che, ovviamente, è all'origine dell'intero danno stesso) attraverso obiettivazione rigorosa (*"visivamente o strumentalmente"*). Ne discende che i due commi in esame sono palesemente in contrasto fra loro e che, in ogni caso, il 3-*quater* assorbe totalmente il 3-*ter* (per un'altra volta: *tamquam non esset!*).
Riguardo ai commi 3-*ter*, 3-*quater*, piace ricordare le parole del Giudice M. Rossetti ("*Le nuove regole sull'accertamento del danno da lesione di lieve entità: profili giuridici*. Assinews 233, 17.07.12): "… Non di meno, facendo ricorso alle regole consuete di ermeneutica, a me parrebbe che fra le due norme non esista alcuna significativa distinzione …".
In realtà, ciò che ben si comprende nella nuova norma è soltanto la ratio ("l'intenzione del legislatore") che del tutto chiaramente si identifica nella volontà di arginare richieste risarcitorie (soprattutto in alcune aree geografiche del Paese) per lesioni di lieve entità del tipo "colpo di frusta", all'origine delle quali si sono non infrequentemente registrate vere e proprie truffe o ingiustificate amplificazioni speculative.
Al riguardo, ancora le parole del Giudice M. Rossetti nello stesso articolo: "… la nuova legge esige che il danno alla salute di modesta entità sia accertato e valutato dal medico legale e dal Giudice secondo criteri di assoluta e rigorosa scientificità, senza che sia possibile in alcun modo fondare l'affermazione dell'esistenza del danno in esame sulle sole dichiarazioni della vittima, ovvero su supposizioni, illazioni, suggestioni, ipotesi. Le nuove norme, in definitiva esaltano (ma al tempo stesso gravano di maggiore responsabilità) il ruolo del medico legale, imponendogli la corretta e rigorosa applicazione di tutti i criteri medico-legali di valutazione e stima del danno alla persona …".
La ratio stessa risulta ben manifesta nel comma 3-*quater* che peraltro non brilla certo per chiarezza nella sua formulazione. È vero che corregge l'errore del comma 3-*ter* introducendo una disgiunzione grammaticale fra i due avverbi, così esplicitando che la prova dell'esistenza della lesione può essere alternativamente data con due diversi modi; ma è del pari vero che presenta un'esemplare macroscopica sciocchezza. Si intende fare riferimento alla esistenza "visivamente" accertata della lesione; come è del tutto evidente, per un'altra volta, che ci si dovrà allontanare dalla interpretazione strettamente letterale: atteso che neppure ai tempi di Ippocrate e Galeno il medico si limitava al semplice esame visivo, oculare, del paziente. Perfino il medico psichiatra non si limita all'utilizzo del solo senso della vista (pur importante) e soprattutto interroga, ascolta, interloquisce (neppure il senso dell'olfatto in certi casi viene trascurato!). Ed il richiamo all'attività di questo specialista consente, per un'altra volta, di sottolineare quanto sarebbe assurda, irragionevole, una interpretazione letterale della norma in esame. "Visivamente" non può che significare "clinicamente", termine alternativo a strumentalmente (nel comma 3-*quater*). Diversamente, e secondo interpretazione letterale, sarebbero escluse dal diritto al risarcimento (oltre a molte altre esemplificabili, come sopra detto) anche tutte le lesioni, di lieve entità, di natura psichica, come nel danno riflesso da lutto!
Dunque, in estrema sintesi, queste le conclusioni dello scrivente.
Conclusione n. 1: il comma 3-*quater* assorbe interamente il comma 3-*ter*.
Conclusione n. 2: l'intero danno biologico di lieve entità (temporaneo, permanente, ulteriore ex art. 139.3 D. Lgs. 209/2005, sofferenza morale, spese) è risarcibile solo se l'esistenza della lesione, che ne è all'origine, sia accertata clinicamente e/o strumentalmente.
Conclusione n. 3: "visivamente" è da intendersi come "clinicamente".
Conclusione n. 4: l'intenzione del legislatore è richiamare il danneggiato all'onere di provare il danno rigorosamente; onere che non si esaurisce in una mera soggettività lamentata in assenza di corrispettivi di obiettività (cinica e/o strumentale, come è sempre stato!).
Da ultimo. Il Giudice, alla luce della l. 27/2012, deve modificare i quesiti da sottoporre al suo CTU?
Valgano le seguenti parole:
"In sostanza, non pare logico né corretto rivolgersi ad un professionista perché fornisca determinate risposte in base alle sue conoscenze tecniche, per poi ricordargli quali dovrebbero essere le modalità che, tra l'altro, ad esso dovrebbero essere ben note, per l'esecuzione dell'incarico" (dalla relazione dell'Avv. A. Polotti Di Zumaglia, diffusa dal Consiglio Superiore della Magistratura, Ufficio dei Referenti per la Formazione Decentrata del Distretto di Milano).

■

PER SORRIDERE

AL RISTORANTE

Un tizio in un ristorante ordina una minestra ma, appena arrivata la minestra, comincia a scappargli la pipì. Preoccupato che qualcuno gli mangiasse la minestra mentre stava in bagno, scrive su un tovagliolo: "HO SPUTATO NELLA MINESTRA".
Tornato dal bagno, sul tovagliolo, sotto la sua scritta ne trova un'altra: "ANCH'IO".

È l'ANAS responsabile dei danni provocati da un cane alle vetture in transito

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Ufficio del Giudice di Pace di Potenza

Il Giudice di Pace di Potenza, nella persona dell'avv. Consuelo Ascolese ha pronunziato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 752/12 R.G. promossa da
Rocco, rappresentato e difeso dall' Avv. Michele Claudio Riccio ...
– *attore* –

CONTRO

ANAS SpA, in persona del legale rappresentante p.t. rappresentato e difeso dall'avv. Giuseppina Condosta ...
– *convenuta* –

Avente per oggetto: risarcimento danni da sinistro stradale

(omissis)

FATTO

Il sig. Rocco, con atto di citazione regolarmente notificato e depositato nella Cancelleria del Giudice di Pace di Potenza il 02.05.2012, citava in giudizio l'ANAS SpA, in persona del legale rapp.te p.t., onde sentirla condannare al risarcimento di tutti i danni conseguenti al sinistro avvenuto il giorno 21 aprile 2011.
Assumeva parte attrice che nel predetto giorno, mentre era alla guida della propria autovettura Lancia ... e percorreva il raccordo autostradale Sicignano-Potenza, nei pressi dello svincolo della Zona Industriale di Tito, subiva un sinistro causato dalla presenza di un cane sulla corsia autostradale. A causa dell'oscurità, il conducente dell'autovettura non riusciva ad evitare l'impatto per cui subiva dei danni. In seguito all'urto sul posto giungeva la Polizia Stradale di Potenza che redigeva verbale dell'accaduto. Dal momento che, pur avendo denunciato nei termini il sinistro con la richiesta di risarcimento, non si era riusciti a comporre bonariamente la lite, veniva notificato all'ANAS SpA atto di citazione. In comparsa di costituzione e risposta l'ANAS SpA, in persona del legale rappresentante p.t., eccepiva preliminarmente la propria legittimazione passiva e, nel merito, contestava la domanda attrice ritenendola infondata sia in fattop che in diritto e comunque non provata.

(omissis)

DIRITTO

Va preliminarmente affrontata l'eccezione preliminare sollevata da parte convenuta in ordine alla propria carenza di legittimazione passiva per essere legittimato il Comune di Tito.
Ritiene questo Giudicante che tale eccezione non possa trovare accoglimento. In caso di incidente provocato dalla presenza di un cane sulla sede stradale, infatti, vi è la sola responsabilità del soggetto tenuto alla custodia del luogo e dunque, nel caso *de quo*, dell'ANAS SpA (cfr. Cass. civ., sez. III, n. 20427/08; Cass. civ., sez. III, n. 4279/08; Cass. civ., sez. III, n. 2308/07).
Superata l'eccezione sollevata, a parere di questo Giudicante la domanda di parte attrice è fondata e può trovare accoglimento.
Le prove assunte nel corso del giudizio hanno infatti confermato la dinamica del sinistro così come indicata in atto di citazione. Il rapporto redatto dalla Polizia Stradale di Potenza, intervenuta sul posto nell'immediatezza dell'evento, conferma pienamente quanto esposto dal sig. Rocco. **La dinamica dell'incidente riportata in suddetto rapporto, infatti, chiarisce che *"il veicolo procedeva regolarmente, a velocità moderata e giunto all'altezza del Km 41+300 investiva un cane di media taglia che attraversava la strada. Lo stesso cane veniva rinvenuto al Km 41+300 Nord privo di vita".* Nello stesso rapporto, inoltre, vengono confermati i danni all'automobile provocati dall'impatto con un animale.**
In ossequio al principio di legge per cui *"chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono fondamento"* parte attrice ha provato i fatti posti alla base della propria richiesta e dunque la domanda può essere accolta. Accertato l'*an* bisogna individuarne la relativa responsabilità. **Ritiene questo Giudicante potersi condividere l'orientamento della Suprema Corte che, con sentenza n. 2308 del 2007 ha ribadito che la disciplina di cui all'art. 2051 c.c. si applica anche in tema di danni sofferti dagli utenti per la cattiva ed omessa manutenzione delle autostrade da parte dei concessionari, in ragione del particolare rapporto con la cosa che ad essi deriva dai poteri effettivi di disponibilità e controllo sulle medesime, salvo che dalla responsabilità presunta a loro carico i concessionari si liberino fornendo la prova del fortuito**, consistente non già nella dimostrazione dell'interruzione del nesso di causalità determinato da elementi esterni o dal fatto estraneo alla sfera di custodia (ivi compreso il fatto del danneggiato o del terzo), bensì anche dalla dimostrazione – in applicazione del principio del c.d. "vicinanza alla prova" – di aver espletato, con la diligenza adeguata alla natura e alla funzione della cosa, in considerazione delle circostanze del caso concreto, tutte le attività di controllo, di vigilanza e manutenzione su di essi gravanti in base a specifiche disposizioni normative e guià del principio generale del *"neminem laedere"*, di modo che il sinistro appaia verificatosi per fatto non ascrivibile a sua colpa. **Tale prova non è stata offerta dalla convenuta e dunque non può che dichiararsi la responsabilità dell'Ente di gestione della strada su cui il sinistro si è verificato.**
Pertanto, sulla base delle suesposte considerazioni, si condanna l'ANAS SpA, in persona del legale rapp.te p.t., al risarcimento dei danni sofferti dall'attore che vengono quantificati, sulla base della documentazione prodotta e precisamente dalla perizia dello Studio di Infortunistica Stradale Gentilesca di Potenza, confermata in corso di causa, in complessivi Euro 3.248,60, oltre interessi e rivalutazione monetaria dal sinistro al soddisfo.
Le spese del giudizio seguono la soccombenza e si liquidano in favore del procuratore di parte attrice, dichiaratosi antistatario, in complessivi Euro 1.100,00, di cui Euro 500,00 per diritti ed Euro 600,00 per onorario oltre spese, IVA e CPA.

P.Q.M.

Il Giudice di Pace di Potenza, definitivamente pronunciando sulla domanda proposta nella causa civile iscritta al n. 752/12 RG, accoglie la domanda attrice e per l'effetto condanna l'ANAS SpA, in persona del legale rapp.te p.t., al risarcimento dei danni sofferti quantificati in Euro 3.248,60.
Condanna la convenuta al pagamento delle spese di giudizio che si liquidano in favore del procuratore di parte attrice, dichiaratosi antistatario, in complessivi Euro 1.100,00, oltre spese, IVA e CPA.
Così deciso in Potenza oggi 23.08.2012

Il Giudice di Pace Avv. Consuelo Ascolese ■

Il Comune risponde, ex art. 2051 c.c., anche in caso di ghiaccio sul fondo stradale

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
Ufficio del Giudice di Pace di Potenza

Il Giudice di Pace di Potenza, nella persona dell'avv. Consuelo Ascolese ha pronunziato la seguente

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. 972/12 R.G. promossa da Antonio, rappresentato e difeso dall' Avv. Michele Claudio Riccio ... *– attore –*

CONTRO

COMUNE DI PIGNOLA, in persona del Sindaco p.t. rappresentato e difeso dall'avv. Dario Bianchini ... *– convenuto –*

Avente per oggetto: risarcimento danni *(omissis)*

FATTO

Il sig. Antonio, con atto di citazione regolarmente notificato e ..., citava in giudizio il Comune di Pignola, in persona del legale rappresentante p.t., onde sentirlo condanare al pagamento in suo favore della somma di Euro 6.448,47 a titolo di risarcimento, oltre spese e competenze del giudizio instaurato. Assumeva parte attrice che in data 15.10.2010, mentre era alla guida della propria autovettura Mitsubishi ... in Pignola e percorreva la C. da Molino di Capo, perdeva il controllo del mezzo a causa del fondo stradale ghiacciato, urtando contro una recinzione e subendo danni. Sul posto intervenivano la Polizia ed i Vigili del Fuoco e veniva redatto un rapporto dell'accaduto. Dal momento che, pur avendo denunciato nei termini il sinistro con la richiesta di risarcimento, non si era riusciti a comporre bonariamente la lite, veniva notificato all'Ente proprietario della strada atto di citazione. *(omissis)*

DIRITTO

Ritiene questo Giudicante che la domanda di parte attrice è parzialmente fondata e merita accoglimento, pur dovendosi applicare una riduzione delle somme richieste in applicazione dell'art. 1227 c.c..

In tema di insidia stradale, la Pubblica Amministrazione, in qualità di custode della rete stradale di propria competenza, è soggetta all'applicazione della c.d. "responsabilità aggravata" prevista all'art. 2051 c.c., anziché alla semplice responsabilità aquiliana ex art. 2043. Conseguentemente, è irrilevante il concetto di insidia elaborato dalla giurisprudenza in riferimento alla diversa previsione dell'art. 2043 c.c. e quindi a nulla rileva la circostanza che il danneggiato fosse in grado di accorgersi della presenza dell'ostacolo, poiché chi agisce per ottenere il risarcimento non è più onerato della prova dell'elemento colposo. In tale contesto va richiamata la sentenza n. 15042/08 della Suprema corte che ha espressamente stabilito che *"il regime di responsabilità previsto per i danni provocati da cose in custodia trova applicazione anche in relazione ai beni demaniali, con la peculiarità che, ai fini della prova del caso fortuito, il custode deve dimostrare che la causa da cui è derivato il danno non sia strutturale ed intrinseca al bene ma sia derivata da comportamenti estemporanei di terzi, non da lui immediatamente conoscibili od eliminabili, neppure con la più diligente attività di manutenzione"*. Ne deriva che grava sul danneggiato solamente l'onere di dimostrare il nesso causale fra la situazione del bene ed il verificarsi del danno. Anche la successiva sentenza n. 20427/08 della Cassazione ha stabilito, quale principio di diritto, che *"l'Ente Pubblico proprietario di una strada aperta al traffico risponde, ai sensi dell'art. 2051 c.c., dei danni verificatisi a causa di un'anomalia della strada stessa, salvo che non dimostri che la situazione da cui è scaturito il danno si è determinata non come conseguenza di un precedente difetto di sorveglianza ma in maniera improvvisa"*, orientamento confermato anche nella sentenza n. 1691/09.

Nel caso *de quo* non vi è stata contestazione in merito alla presenza di ghiaccio sul fondo stradale ed anche il rapporto redatto dal personale della Squadra Volante della Questura di Potenza conferma lo stato ghiacciato della strada. Ciò basta per imputare una parte di responsabilità del sinistro a carico dell'Ente proprietario della strada, in quanto, a seguito dell'ormai consolidato orientamento della Suprema Corte, una volta accertato il nesso di causalità tra lo stato della strada ed i danni subiti, non sta più al danneggiato dimostrare l'esistenza di una "insidia" – caratterizzata dai ben noti elementi obiettivi (non visibilità del pericolo) e soggettivi (imprevedibilità, costituita dall'impossibilità di avvistare in tempo il pericolo medesimo per evitarlo con l'uso della normale diligenza e prudenza) –, ma alla P.A. fornire, eventualmente, la prova liberatoria di aver fatto tutto ciò che era in suo potere afinché il danno non si verificasse. In tal senso si è recentemente pronunciata la Suprema Corte che, con la sentenza n. 2562 del 2012, proprio relativamente ad un sinistro provocato dal fondo ghiacciato della strada ha ribadito la responsabilità dell'Ente *"che non aveva provato di avere fatto tutto il possibile per provvedere alla funzionalità della strada e, quindi, che l'evento dannoso fosse da imputarsi al caso fortuito"*.

Tale prova non è stata fornita dal Comune di Pignola, in persona del legale rappresentante p.t., per cui la domanda di parte attrice può essere accolta. Occorre però, a parere del Giudicante, operare una riduzione delle somme richieste, in applicazione dell'art. 1227 c.c., dal momento che, come indicato nella stessa relazione della Polizia, al momento del sinistro vi era una nevicata in atto e quindi se il conducente dell'autovettura avesse tenuto una velocità adeguata ai luoghi il sinistro poteva essere evitato. Pertanto l'importo richiesto dall'attore viene decurtato del 20% essendoci parziale responsabilità dello stesso nel sinistro *de quo*.

Per quanto attiene al *quantum* della pretesa, questo Giudicante ritiene di poter fare riferimento alla perizia allegata dall'attore a firma dello Studio di infortunistica Gentilesca di Potenza, confermata in corso di causa, per un importo complessivo di Euro 6.448,47, IVA compresa.

Si conclude quindi, per quanto sopra esposto, che l'attore ha provato il proprio diritto a richiedere il risarcimento dei danni subiti, e pertanto, accogliendo parzialmente la domanda attrice, si condanna il Comune di Pignola, in persona del Sindaco p.t., al pagamento della somma di Euro 5.158,78, oltre interessi legali dal giorno della domanda al soddisfo, quale risarcimento dei danni subiti dall'auto dell'attore, con la decurtazione di cui all'art. 1227 c.c..

A questo importo deve aggiungersi l'importo di Euro 500,00 come da fattura allegata dello studio Gentilesca di Potenza, per le spese extragiudiziali che, secondo l'orientamento della Suprema Corte, "divengono una componente del danno da liquidare e, come tali devono essere chieste e liquidate sotto forma di spese vive o spese giudiziali" (vedasi, in tal senso, Cass. Civ., n. 997/10; Cass. Civ., n. 2775/06). Anche le spese del giudizio, che si liquidano in complessivi Euro 1.100,00, di cui Euro 500,00 per diritti ed Euro 600,00 per onorario, oltre spese, IVA e CPA, vengono ripartite nell'80% a carico del convenuto e nel 20% carico di parte attrice.

P.Q.M.

Il Giudice di Pace di Potenza, definitivamente pronunciando ...
Così deciso in Potenza oggi 23.10.2012

Il Giudice di Pace Avv. Consuelo Ascolese ■

GIURISPRUDENZA DI LEGITTIMITÀ

Pedoni

■ Circolazione dei pedoni – Comportamento colposo del pedone – Mera concausa dell'evento lesivo.

In tema di reati commessi con violazione di norme sulla circolazione stradale, il comportamento colposo del pedone investito dal conducente di un veicolo costituisce mera concausa dell'evento lesivo, che non esclude la responsabilità del conducente; e può costituire causa sopravvenuta, da sola sufficiente a determinare l'evento, soltanto nel caso in cui risulti del tutto eccezionale, atipico, non previsto né prevedibile, cioè quando il conducente si sia trovato, per motivi estranei ad ogni suo obbligo di diligenza, nella oggettiva impossibilità di avvistare il pedone ed osservarne per tempo i movimenti, che risultino attuati in modo rapido, inatteso ed imprevedibile. (Fattispecie nella quale è stata esclusa l'imprevedibilità della condotta del pedone che aveva iniziato l'attraversamento sulle strisce, in corrispondenza delle quali era irregolarmente parcheggiato un voluminoso furgone, osservando che in prossimità di esse, ed a maggior ragione quando la visuale risulti in parte ostruita, non può ritenersi imprevedibile la presenza di un pedone in fase di atrraversamento).

Cass. pen., sez. IV, 9 giugno 2011, n. 23309 (ud. 29 aprile 2011), Cocon (c.p., art. 41; c.p., art. 43).

▲▼▲

Precedenza

■ Incroci stradali – Doveri del conducente favorito – Obbligo generale di prudenza – Sussistenza.

In tema di colpa nella circolazione stradale, l'obbligo di ridurre la velocità all'approssimarsi di un incrocio e di impegnare con prudenza e a velocità moderata l'area del crocevia sussiste anche a carico di colui che circoli su strada che assegni il diritto di precedenza ovvero che, in presenza di un semaforo, abbia il segnale di via libera, perché il diritto di precedenza non esonera il conducente dall'obbligo di porre la massima attenzione ai pericoli che possano sorgere da comportamenti illeciti od imprudenti tenuti da altri utenti della strada i quali non gli accordino la docuta precedenza.

Cass. pen., sez. IV, 16 giugno 2011, n. 24121 (ud. 15 marzo 2011), P.G. in proc. Iannuzzi e altro (c.p., art. 43; nuoco c.s., art. 145).

▲▼▲

Previdenza e assistenza (assicurazioni sociali)

■ Inail – Infortunio – In itinere.

In materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, l'infortunio "in itinere" non può essere ravvisato in caso di incidente stradale subito dal lavoratore che si sia spostato con il proprio automezzo al luogo di prestazione dell'attività lavorativa fuori sede, dal luogo della propria dimora, ove l'uso del veicolo privato non rappresenti una necessità, in assenza di soluzioni alternative, ma una libera scelta del lavoratore, tenuto conto che il mezzo di trasporto pubblico costituisce lo strumento normale per la mobilità delle persone e comporta il grado minimo di esposizione al rischio della strada.

Cass. civ., sez. VI, 3 novembre 2011, n. 22759, Lo Presto c. Inail (d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124, art. 2; d. l.vo 23 febbraio 2000, n. 38, art. 12).

▲▼▲

Responsabilità da sinistri stradali

■ Concorso di colpa – Determinazione in percentuale del concorso di colpa della vittima.

In tema di sinistri stradali, l'accertamento in termini percentuali del concorso di colpa della vittima nella causazione del danno costituisce il frutto di un procedimento logico e non matematico e, come tale, insuscettibile di giustificazione analitica. Ne consegue che colui il quale si dolga del relativo accertamento compiuto dal giudice di merito non può limitarsi ad invocare che la corresponsabilità della vittima fosse in realtà maggiore o minore di quella accertata, ma ha l'onere di dedurre il vizio di motivazione, sotto forma di contradditorietà tra l'espressione percentuale del concorso di colpa e le osservazioni logiche che la sorreggono.

Cass. civ., sez. III, 24 marzo 2011, n. 6752, Giascalone ed altri c. Milano Assic. spa ed altri (c.c., art. 1227).

■ Presunzione di colpa nel caso di scontro tra veicoli – Preova liberatoria.

Ad integrare la prova liberatoria della presunzione di colpa stabilita dall'art. 2054, terzo comma, cod. civ., non è sufficiente la dimostrazione che la circolazione del veicolo sia avvenuta senza il consenso del proprietario, ma è al contrario necessario che detta circolazione sia avvenuta contro la sua volontà, la quale deve estrinsecarsi in un concreto ed idoneo comportamento ostativo, specificamente inteso a vietare ed impedire la circolazione del veicolo mediante l'adozione di cautele tali che la volontà del proprietario non possa risultare superata. (Nella specie, la S.C. ha confermato la sentenza di merito, la quale aveva escluso che potesse integrare gli estremi della prova liberatoria anzidetta il mero fatto di consegnare, al titolare di autofficina, la vettura priva di assicurazione e bollo di circolazione, in quanto auto d'epoca e da collezione).

Cass. civ., sez. III, 14 luglio 2011, n. 15478, Grillo c. Inail ed altri (c.c., art. 2054).

■ Risarcimento danni – Provvisionale – Provvedimento di assegnazione al danneggiato di una somma a titolo di provvisionale.

Il provvedimento previsto dall'art. 24, secondo comma, della legge 24 dicembre 1969, n. 990, è suscettibile di riesame in sede di decisione definitiva del grado di giudizio in cui sia stato emesso; pertanto, pure laddove si lamenti che sia stata negata l'ammissibilità del reclamo contro di esso, ai sensi dell'art. 669 terdecies cod. proc. civ., sull'assunto che si tratti non già di provvedimento cautelare, bensì di provvedimento sommario di natura anticipatoria degli effetti della decisione sul merito, l'errore eventualmente contenuto in tale pronunzia non dà comunque luogo in alcun modo ad una sentenza in senso sostanziale, essendo priva di definitività. Risolvendosi, pertanto, la negazione della reclamabilità dell'ordinanza, resa a norma dell'art. 24 , secondo comma, della legge 24 dicembre 1989, n. 990, soltanto nella stabilità dei suoi effetti anticipatori fino alla decisione di chiusura del giudizio in primo grado, non è ammissibile avversop essa il ricorso straordinario per cassazione di cui all'art. 111, settimo comma, Cost..

Cass. civ., sez. III, 31 agosto 2011, n. 17862, Rsa Sun In-

surance Office ltd. c. Dall'Aglio ed altri (l. 24 dicembre 1969, n. 990, art. 24; d.l.vo 7 settembre 2005, n. 209, art. 147; c.p.c., art. 669 terdecies).

■ **Presunzione di colpa nel caso di scontro tra veicoli – Presunzione di responsabilità paritetica dei conducenti.**

In tema di circolazione stradale, la regola posta dall'art. 2054, secondo comma, cod. civ. non impone di considerare uguale l'apporto causale colposo di ciascuno dei conducenti dei mezzi coinvolti in uno scontro soltanto perché non sia stato provato che uno dei due abbia fatto tutto il possibile per evitare il sinistro, ma consente, invece, che la colpa presunta di uno dei due possa concorrere con quella accertata dell'altro anche con apporto percentuale diverso da quello paritetico.

Cass. civ., sez. III, 12 ottobre 2011, n. 20982, Valdrighi ed altri c. Celli ed altri (c.c., art. 2054).

■ **Colpa del conducente – Concorso del fatto colposo del creditore o del danneggiato.**

Qualora la messa in circolazione di un veicolo in condizioni di insicurezza (nella specie, un ciclomotore con a bordo tre persone, di cui uno minore d'età, in violazione dell'art. 170 cod. strada) sia ricollegabile all'azione o omissione non solo del conducente – il quale prima di iniziare o proseguire la marcia deve controllare che questa avvenga in conformità delle normali norme di prudenza e sicurezza – ma anche del trasportato, il quale ha accettato i rischi della circolazione, si verifica un'ipotesi di cooperazione colposa dei predetti nella condotta causativa del fatto evento dannoso. Pertanto, in caso di danni al trasportato medesimo, sebbene la condotta di quest'ultimo non sia idonea di per sé ad escludere la responsabilità del conducente, né a costituire valido consenso alla lesione ricevuta, vertendosi in materia di diritti indisponibili, essa può costituire nondimeno un contributo colposo alla verificazione del danno, la cui quantificazione in misura percentuale è rimessa all'accertamento del giudice di merito, insindacabile in sede di legittimità se correttamente motivato.

Cass. civ., sez. III, 13 maggio 2011, n. 10526, Zago c. Unipol Comp. Assic. Spa ed altro (c.c., art. 1227; c.c., art. 1681; nuovo c.s., art. 170).

▲▼▲

Assicurazione obbligatoria

■ **Fondo di garanzia per le vittime della strada – Veicolo non coperto da assicurazione.**

Nel caso di sinistro stradale causato da veicolo non assicurato, l'obbligazione indennitaria gravante sull'impresa designata nei confronti del danneggiato, per conto del Fondo di garanzia vittime della strada, ha natura sostitutiva, e non solidale, rispetto a quella dei responsabili (come nel caso in cui il conducente del veicolo che ha causato il danno sia persona diversa dal proprietario), la suddetta impresa, una volta indennizzata la vittima, stante l'inapplicabilità dell'art. 2055 c.c., può agire, per il recupero dell'intero importo pagato, nei confronti di ciascuno di essi sui quali resta l'alea dell'eventuale insolvenza dei corresponsabili.

Cass. civ., sez. III, 1 febbraio 2011, n. 2347, Carretta c. Assitalia Le Assicurazioni d'Italia Spa ed altri (c.c., art. 1299; c.c., art. 2055; l. 24 dicembre 1969, n. 990, art. 19; d.l.vo 7 settembre 2005, n. 205, art. 202).

■ **Risarcimento danni – Decisione dell'istanza di provvisionale anticipata.**

È manifestamente infondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 5 L. n. 102 del 2006 (che ha modificato l'art. 24 L. n. 990 del 1969), sollevata per contrasto con gli artt. 3, 24 e 111 Cost., nella parte in cui autorizza il giudice penale, ai fini della decisione dell'istanza di provvisionale anticipata, a valutare prima della decisione sul merito la sussistenza di gravi elementi di responsabilità, in ipotesi ledendo sia il principio di uguaglianza (per la disparità di trattamento che si creerebbe tra chi è imputato di un illecito commesso con violazione della disciplina della circolazione stradale, e chi è imputato di altre violazioni di legge), sia il diritto dell'imputato ad un equo processo, sia il principio di terzietà del giudice. (In motivazione, la Corte ha osservato che è del tutto legittima e ragionevole la scelta del legislatore di rendere più celere ed efficace la tutela degli interessi economici dei soggetti rimasti danneggiati da condotte illecite connesse alla circolazione stradale, anche al fine di contenere la diffusione di comportamenti che arrecano grave danno ed allarme sociale, né sussistono le ulteriori violazioni ipotozzate, perché non sussiste incompatibilità per il giudice che decida sul merito della causa dopo aver adottato provvedimenti interlocutori e provvisori in materia risarcitoria a seguito di un sommario esame degli atti).

Cass. pen., sez. IV, 29 marzo 2011, n. 12701 (ud. 17 dicembre 2010), Casciano e altro (l. 24 dicembre 1969, n. 990, art. 24; l. 21 febbraio 2006, n. 102, art. 5).

■ **Risarcimento danni – Prescrizione del diritto risarcitorio.**

Qualora, in una situazione nella quale, dopo lo svolgimento di trattative per la definizione bonaria od anche in assenza di esse e della sola manifestazione della pretesa, sia maturata la prescrizione del diritto al risarcimento del danno da circolazione stradale, la società assicuratrice della responsabilità civile (o, come nella specie, il commissario liquidatore dell'impresa assicuratrice in l.c.c.) manifesti al danneggiato, con una lettera, l'invito a riprendere la trattativa per la "definizione del sinistro", il comportamento dell'assicuratore è apprezzabile come comportamento implicante rinunzia ad avvalersi della prescrizione già maturata, agli effetti dell'art. 2937, terzo comma, c.c..

Cass. civ., sez. III, 30 marzo 2011, n. 7243, Rezoagli ed altri c. Firs Ital. assic. Spa In Lea ed altri (c.c, art. 2043; c.c., art. 2937).

■ **Risarcimento danni – Danno da ritardato adempimento dell'obbligazione risarcitoria gravante sull'assicuratore della RCA.**

L'obbligazione dell'assicuratore della responsabilità civile derivante dalla circolazione di veicoli nei confronti della vittima di un sinistro stradale ha natura di debito di valuta; essa tutavia, nei limiti del massimale, va liquidata secondo i criteri propri dei debiti di valore, perché di valore è l'obbligazione risarcitoria che determina l'entità del debito indennitario. Quando, invece, il credito della vittima eccede il massimale, l'obbligazione dell'assicuratore del responsabile va liquidata applicando le regole dettate per le obbligazioni di valuta dell'art. 1224 c.c..

Cass. civ., sez. III, 19 aprile 2011, n. 8988, Bellinvia c. Fondiaria Sai Spa (c.c., art. 1218; c.c., art. 2056; l. 24 dicembre 1969, n. 990, art. 18; d.l.vo 7 settembre 2005, n. 209, art. 144).

▶

■ **Risarcimento danni – Azione diretta nei confronti dell'assicuratore.**

la disposizione del secondo comma dell'art. 18 della legge 24 dicembre 1969, n. 990 ("ratione temporis" applicabile nella specie, e identica al vigente art. 144, comma 2, d.l.vo 7 settembre 2005, n. 209), che nega all'assicuratore della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli o natanti la facoltà di opporre al danneggiato, il quale agisca direttamente nei suoi confronti, eccezioni derivanti dal contratto o clausole che prevedono eventuali contributi dell'assicurato al risarcimento, concerne le sole eccezioni relative all'invalidità ed all'inefficacia del contratto di assicurazione, mentre non è applicabile per le eccezioni di inesistenza e nullità del contratto stesso, quale quella di nullità per inesistenza del rischio, a norma dell'art. 1895 c.c., che vizia la polizza stipuklata per un periodo di tempo antecedente la data della sua sottoscrizione e dopo che il danno si è verificato.

Cass. civ., sez. III, 30 giugno 2011, n. 14410 Ras Spa c. De Leonibus ed altri (l. 24 dicembre 1969, n. 990, art. 18; d.l.vo 7 settembre 2005, n. 209, art. 144; c.c., art. 1895).

▲▼▲

Risarcimento del danno

■ **Danno non patrimoniale – Liquidazione – Da parte del giudice di merito di voci diverse di danni non patrimoniali.**

In tema di liquidazione del danno non patrimoniale, al fine di stabilire se il risarcimento sia stato duplicato ovvero sia stato erroneamente sottostimato, rileva non il "nome" assegnato dal giudicante al pregiudizio lamentato dall'attore ("biologico", "morale", "esistenziale"), ma unicamente il concreto pregiudizio preso in esame dal giudice. Si ha, pertanto, duplicazione di risarcimento solo quando il medesimo pregiudizio sia liquidato due volte, sebbene con l'uso di nomi diversi.

Cass. civ., sez. III, 13 maggio 2011, n. 10527, Lullo ed altro c. Milano Assic. Spa ed altro (c.c, art. 2056; c.c., art. 2059).

■ **Parenti della vittima (morte di congiunti) – Liquidazione del danno non patrimoniale – Allegazione di un danno ulteriore e diverso rispetto alla mera sofferenza morale.**

Nel caso di morte di un prossimo congiunto, un danno non patrimoniale diverso ed ulteriore rispetto alla sofferenza morale (c.d. danno da rottura del rapporto parentale) non può ritenersi sussistente per il solo fatto che il superstite lamenti la perdita delle abitudini quotidiane, ma esige la dimostrazione di fondamentali e radicali cambiamenti dello stile di vita, che è onere dell'attore allegare e provare. Tale onere di allegazione, peraltro, va adempiuto in modo circostanziato, non potendo risolversi in mere enunciazioni generiche, astratte od ipotetiche. (Nella specie, la sig. S.C. ha ritenuto non adeguatamente adempiuto il sudetto onere di allegazione da parte dei genitori di persona deceduta in un sinistro stradale che avevano domandato il ristoro – in aggiunta al danno morale – anche del danno c.d. esistenziale, allegando a fondamento di tale pretesa la perdita "del piacere di condividere gioie e dolori col figlio"e dei "riti del vivere quotidiano, quali potevano essere il cinema assieme alla sera, l'alternarsi alla guida della macchina, le vacanze, le telefonte durante la giornata, il caffè appena svegli, il pranzo, la cena, i regali inattesi").

Cass. civ., sez. III, 13 maggio 2011, n. 10527, Lullo ed altro c. Milano Assic. Spa ed altro (c.c, art. 2056; c.c., art. 2059).

■ **Danno non patrimoniale – Riferimento alle sottocategorie del detto danno tradizionalmente individuate – Liquidazione separata di danno biologico e morale.**

Sebbene il danno non patrimoniale costituisca una categoria unitaria, le cui diverse sottocategorie hanno una funzione solo descrittiva, è erronea la sentenza di merito, la quale a tali sottocategorie abbia fatto riferimento, ma solo se, attraverso il ricorso al danno biologico ed al danno morale, siano state risarcite due volte le medesime conseguenze pregiudizievoli (ad esempio ricomprendendo la sofferenza psichica sia nel danno "biologico" che in quello "morale"); se, invece, facendo riferimento alle tradizionali sottocategorie, il giudice abbia avuto riguardo a pregiudizi concretamente diversi, la decisione non può considerarsi erronea in diritto.

Cass. civ., sez. III, 24 marzo 2011, n. 6750, Cosentino c. Migale ed altri (c.c., art. 2056; c.c., art. 2059).

▲▼▲

Mano da tenere

■ **Destra rigorosa – Violazione.**

Le norme di comportamento dettate dall'art. 143 Nuovo cod. strada sono volte inequivocabilmente a contrastare situazioni di pericolo conseguenti all'eventualità che altro veicolo invada la mezzeria non di sua pertinenza, sicché l'inosservanza dell'obbligo di «circolare sulla parte destra della carreggiata e in prossimità del margine destro della medesima, anche quando la strada è libera» si caratterizza come condotta specificamente colposa, atta a contribuire alla produzione dell'evento, qualunque sia la causa di invasione della mezzeria da parte di altro veicolo e quindi anche se si tratti di causa pur essa colposa.

Cass. pen., sez. IV, 26 gennaio 2011, n. 2568 (ud. 4 novembre 2010), Berlanda (c.p., art. 43; nuovo c.s., art. 143).

▲▼▲

Assicurazione (Contratto di)

■ **Assicurazione della responsabilità civile – Facoltà e obblighi dell'assicuratore – Autonomia dei rapporti tra danneggiato e danneggiante e tra danneggiante e assicuratore.**

Qualora in uno stesso giudizio di risarcimento dei danni conseguenti alla responsabilità civile automobilistica siano stati dedotti due diversi rapporti, uno tra danneggiato e danneggiante e l'altro tra il danneggiante e il suo assicuratore (tra i quali non sussiste un rapporto di inscindibilità), nell'ambito del rapporto tra assicurato e assicuratore la ricostruzione dell'incidente può portare a negare il diritto del primo ad essere manlevato dal secondo, anche se venga accertato (con efficacia di giudicato) il diritto al risarcimento del danno del danneggiato nei confronti del danneggiante, in quanto il giudicato formatosi nel primo rapporto non può avere efficacia in relazione al secondo, diverso rapporto processuale.

Cass. civ., sez. II, 18 maggio 2011, n. 10919, Generali assicurazioni Spa c. Farcomeni ed altri (c.c, art. 1917; c.c., art. 2909). ■

CONFERMATO L'ORIENTAMENTO GIURISPRUDENZIALE CHE NEGA LA POSSIBILITÀ DI UN INTERVENTO VOLONTARIO DELLA COMPAGNIA DEL DANNEGGIATO

Giudice di Pace di Piove di Sacco, sentenza n. 93/2011

La sentenza n. 93/11 del Giudice di Pace di Piove di Sacco, che oggi viene pubblicata, va ad alimentare, con argomentazioni in parte nuove, quell'orientamento (*ex multis* la recentissima pronuncia del G.d.P. di Torino, n. 10842/11 redatta dal dott. Alberto Polotti di Zumaglia) che evidenzia la carenza di interesse della Compagnia intervenuta nella specifica causa.
Infatti, il Giudice ha motivato la propria decisione in primo luogo evidenziando che, se l'intervento volontario fosse ritenuto ammissibile, l'assicuratore del danneggiante potrebbe sempre rinviare il danneggiato alla propria compagnia, rendendo di fatto obbligatoria l'azione contro quest'ultima: ciò in palese violazione della riconosciuta facoltà di scelta da parte del danneggiato, che allo stato attuale della legislazione può indifferentemente instaurare un procedimento giurisdizionale a carico della compagnia del danneggiante ovvero della propria, come ha chiaramente detto la Corte Costituzionale con la sentenza n. 180/2009 (orientamento ribadito con la successiva ordinanza n. 192/2010), con cui ha dato un'interpretazione costituzionalmente orientata all'art. 149 C.d.A. nel senso di considerare l'azione diretta contro il proprio assicuratore non un obbligo ma un'ulteriore facoltà messa a disposizione del soggetto leso da parte dell'ordinamento giuridico. Il giudicante ha poi proseguito sottolinenado, seppur in modo molto succinto, la contraddizione insita nell'intervento volontario della compagnia di assicurazione del danneggiato. Come noto, il contratto di assicurazione per la responsabilità civile per i danni derivanti dalla circolazione di veicoli a motore e natanti è disciplinato dall'art. 1917 c.c., a mente del quale l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare ad un terzo per un fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione. La compagnia, pertanto, non è obbligata a risarcire i danni subiti dal proprio assistito in conseguenza del medesimo fatto. Appare, perciò, assai stridente con il principio di buona fede, che informa i rapporti tra contraenti nell'esecuzione del contratto, l'operato della compagnia che interviene *ad adiuvandum* della compagnia del danneggiante contro il proprio assicurato.
Infine, la sentenza rileva come l'intervento non possa essere giustificato, in forza dell'art. 105 c.p.c., innanzitutto con il richiamo che la compagnia interveniente ha fatto alla convenzione CARD tra gli istituti di assicurazione: anche se con considerazioni assai scarne, il giudice ha aderito al richiamato orientamento della giurisprudenza di merito, a mente del quale tale accordo interassicurativo non può dispiegare alcun effetto giustificativo di un intervento volontario, proprio perché il primo ha ad oggetto esclusivo la regolazione dei rapporti tra le compagnie nell'ambito della procedura diretta senza in alcun modo impegnare i singoli assicurati. Pertanto, il richiamo alla CARD non consente alla compagnia che spiega intervento volontario di invocare diritti in contrasto con la legge. In proposito occorre evidenziare come la sentenza del G.d.P. di Torino *supra* richiamata abbia altrsì indicato l'inconferenza del riferimento alla convenzione CARD, dato che questa si riferisce all'ipotesi di procedimento per risarcimento diretto, mentre la causa era stata instaurata, come nel caso *de quo*, contro il responsabile civile e la sua compagnia ai sensi dell'art. 144 C.d.A.. Inoltre, bene ha fatto il giudice dell'arresto ora in commento ad evidenziare l'insussistenza del presupposto dell'intervento *ad adiuvandum* regolato dall'art. 105, comma 2, c.p.c., dato che la compagnia convenuta ed il responsabile civile non si erano costituiti e non erano perciò esistenti le ragioni e le domande cui la compagnia interveniente asseritamente faceva riferimento solo ed esclusivamente nelle proprie note conclusive autorizzate. Infine, la sentenza ha rigettato anche l'argomentazione della compagnia (indicata ancora una volta solo nelle note conclusive) circa l'esistenza di un negozio di espromissione a favore del danneggiato che giustificherebbe l'intervento: infatti, se così fosse, proprio il detto intervento, diretto a contestare il *quantum* delle pretese avanzate dall'attrice, è in piena contraddizione logico-giuridica con la (pretesa) espromissione, negozio diretto ad esclusivo vantaggio del creditore.

Avv. Fabrizio Pegoraro – Foro di Padova

REPUBBLICA ITALIANA
NEL NOME DEL POPOLO ITALIANO

GIUDICE DI PACE DI PIOVE DI SACCO
Sentenza 93/2011

Il Giudice di Pace di Piove di Sacco, Avv. Silvia Tammeo, ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nella controversia iscritta al n. 13/A/11 R.G. e promosso con atto di citazione notificato il 31.1.2011

DA

G.L. con proc. Avv. Fabrizio Pegoraro, via N. Tommaseo 6, Padova *– attrice –*

CONTRO

UGF Assicurazioni SpA, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in via Stalingrado 45, Bologna *– convenuta contumace –*

Z.P. residente in... *– convenuto contumace –*

CON INTERVENTO VOLONTARIO DI
FATA Assicurazioni SpA con sede ... con proc. e dom. Avv. Nicoletta Cirilli, via Fermi 9, Padova

Oggetto: Risarcimento danni da sinistro stradale per Euro 20.000,000

CONCLUSIONI ATTOREE: previo accertamento e declatoria di esclusiva responsabilità di Z.D. nella causazione del sinistro descritto in narrativa, condannarsi i convenuti in solidi, e per tutti i titoli indicati in premessa e secondo quanto in essa indicato, all'integrale risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali patiti dall'attrice in esito al sinistro per cui è causa per la parte residua, sia pure detratto l'acconto percepito, oltre interessi e rivalutazione dal dì del sinistro alla presente domanda, il tutto in ogni caso entro il limite di competenza di questo Giudice (Euro 20.000,00), e senza limiti dalla presente domanda al sinistro; rimborso/condanna delle spese di CTU/CTP svolte in corso di causa e rimborso CTP effettuata in precedenza; spese, diritti ed onorari di lire rifusi.

CONCLUSIONI DI FATA ASSICURAZIONI: in via preliminare: ammettersi il presente intervento volontario. Nel merito: rigettarsi le domande dell'attrice in quanto la stessa è già stata integralmente risarcita ante causam da Fata Assicurazioni Spa. In subordine: liquidarsi i danni subiti dall'attrice secondo giustizia e in base alle effettive risultanze di causa, tenendo conto dell'importo complessivo di Euro 20.420,00 già risarcito da Fata Assicurazioni Spa, la quale dichiara di farsi carico della eventuale condanna che venisse emessa nei confronti dei convenuti. Spese rifuse.

ESPOSIZIONE DELLE RAGIONI DI FATTO E DIRITTO DELLA DECISIONE
(Art. 132 c.p.c. novellato)

Con l'atto introduttivo del presente giudizio l'odierno attore ha evocato in giudizio con azione ex art. 2054 c.c., il sig. Z.P. e UGF Ass.ni Spa, rispettivamente conducente proprietario ed assicuratore per la RCA del veicolo ... tg ... al fine di sentirli accogliere le conclusioni indicate in epigrafe.
I convenuti seppur ritualmente notificati, non si costituivano e all'udienza di comparizione ne veniva dichiarata la contumacia.
Interveniva volontariamente in giudizio la FATA Assicurazioni SpA quale compagnia assicurativa del danneggiato rassegnando le conclusioni in epigrafe.
Eccepiva, parte attrice, la inammissibilità di tale intervento volontario dichiarando di non accettare il contradditorio con tale interveniente. Su tale questione, la causa era posta in decisione con invito alle parti a precisare le conclusioni.
la questione è fondata e viene accolta per le motivazioni di seguito espresse.
Accanto alla nuova azione diretta prevista dall'art. 149 Cd. Ass. contro il proprio assicuratore è ammessa l'esperibilità dell'azione di danno ex art. 2054 c.c. contro l'assicuratore del responsabile civile ai sensi dell'art. 148 Cd. Assicurazioni.
In sostanza, l'azione diretta contro il proprio assicuratore è un'alternativa all'azione tradizionale per far valere la responsabilità dell'autore del danno (C. Cass. orin. 192/01).
Stante l'orientamento di legittimità sul punto (Sent. C. Cost. 180/2009 Ord. n. 192/2010) ci si attiene al tenore letterale della norma dalla lettura della quale la nuova azione diretta contro il proprio assicuratore è da ritenersi una alternativa alla tradizionale azione contro il responsabile del danno ed il suo assicuratore per quanto sopra detto; pertanto ammettere la possibilità di intervento della compagnia assicuratrice del danneggiato vuol dire che l'assicuratore del responsabile del danno rinvierà il danneggiato al suo assicuratore e l'azione contro quest'ultimo diventerebbe obbligatoria, non una semplice alternativa (così anche numerose e recenti pronunce di merito ultima delle quali G.d.P. Torino 3781/201).
Né risulterebbe comprensibile la condotta processuale dell'assicuratore del danneggiato che, invece di intervenire ad adiuvandum del proprio assicurato, interverrebbe ad adiuvandum della controparte con responsabilità ulteriore autonoma nei confronti del proprio assicurato.
La FATA Assicurazioni SpA giustifica il suo intervento in causa ai sensi dell'art. 105 c.p.c. richiamando quella giurisprudenza che ha ritenuto che per l'ammissibilità dell'intervento di un terzo in un giudizio pendente tra altre parti è sufficiente che la domanda dell'interessato presenti una connessione od un collegamento ammissibile il proprio intervento anche ai sensi del comma 2 del predetto art. 105.
L'obbligo dell'assicuratore del responsabile è tenere indenne il proprio assicurato per quanto questi deve pagare ad un terzo in presenza pertanto di danno provocato a costui dalla circolazione del veicolo assicurato.
Alla luce di quanto sopra si ribadisce la totale assenza di quel interesse attuale né concreto ad agire ex art. 100 c.p.c. in capo all'intervenuta FATA. Né l'intervento è giustificato da eventuale adesione alle domande di parte costituita, visto che i convenuti UGF Ass.ni e Z.P. sono contumaci.
In ultima analisi si ritiene che i rapporti fra assicurato e assicuratore sono regolati dall'art. 191 c.c. e che la stessa non subisce deroga da eventuali accordi associativi fra assicurazioni i quali non possono legittimare la invocazione di diritti in contrasto con la legge e, posto che l'accordo fra il debitore e il terzo è fatta a favore del creditore, la FATA interverrebbe contro il creditore.
Tanto precisato e decidendo con sentenza parziale diretta a risolvere solo la questione preliminare, ne consegue la reiezione della domanda di intervento volontario della FATA Assicurazioni Spa ed a seguito della sua soccombenza si ravvisano giustificati motivi per la sua condanna al pagamento delle spese di lite a favore dell'attore.

P.Q.M.

Il Giudice di Pace di Piove di Sacco, decidendo definitivamente sulla domanda di intervento volontario proposto da FATA Assicurazioni SpA:
– Dichiara inammissibile ex art. 105 c.p.c. l'intervento nella causa in epigrafe da essa proposto ed a seguito della sua soccombenza la condanna al pagamento delle spese di lite a favore dell'attore che si liquidano in Euro 1.300,00 di cui 900,00 per onorari e per diritti ed Euro 400,00 per spese oltre accessori.
– Con separata ordinanza rimette la causa in istruttoria per la decisione in ordine alla domanda proposta dall'attrice contro UGF Ass.ni nonché contro Z.P..
Piove di Sacco, il 23/06/11

Il Giudice di Pace, Avv. Silvia Tammeo ■

Anche al disoccupato va liquidato il danno per la diminuzione dell'attività lavorativa futura

Danni – Valutazione e liquidazione: invalidità permanente e temporanea – permanente

Cassazione civile , sez. III, sentenza 06.03.2012 n° 3447

LA MASSIMA

In tema di determinazione del reddito da considerare ai fini del risarcimento del danno per invalidità permanente l'art. 4 del d.l. n. 857 del 1976, convertito in legge n. 39 del 1977 - dopo aver indicato (primo comma) i criteri da adottarsi con riguardo ai casi di lavoro, rispettivamente, autonomo e subordinato-, allorché stabilisce (terzo comma) che "in tutti gli altri casi" il reddito da considerare ai suddetti fini non può essere inferiore a tre volte l'ammontare annuo della pensione sociale, ricomprende in tale ultima previsione non solo l'ipotesi in cui l'invalidità permanente ed il conseguente danno futuro siano stati riportati da soggetti che non siano lavoratori autonomi o dipendenti, ma anche quella, più generale, in cui il danno futuro incida su soggetti attualmente privi di reddito, ma potenzialmente idonei a produrlo.

SUPREMA CORTE DI CASSAZIONE
SEZIONE TERZA CIVILE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:
Dott. PETTI Giovanni Battista - Presidente -
Dott. AMENDOLA Adelaide - Consigliere -
Dott. DE STEFANO Franco - Consigliere -
Dott. SCARANO Luigi A. - Consigliere -
Dott. D'AMICO Paolo - rel. Consigliere -
ha pronunciato la seguente:

sentenza

sul ricorso 1316/2010 proposto da:
P.D.M.R. (OMISSIS), elettivamente domiciliata in ROMA, VIA SALARIA 221, presso lo studio dell'avvocato AROMOLO SANDRA, rappresentata e difesa dall'avvocato BONANNO ANTONIO GIUSEPPE giusta delega in atti;
- ricorrente -

contro

GROUPAMA ASSICURAZIONI SPA (già Nuova Tirrena spa)rappresentata nel giudizio di merito dalla CENTRO SERVIZI TORO SPA (OMISSIS), in persona del Procuratore Speciale Avv. C.S., elettivamente domiciliato in ROMA, V. DELLA CROCE 44, presso lo studio dell'avvocato GRANDINETTI ERNESTO, che lo rappresenta e difende giusta delega in atti;
- controricorrente -

e contro

Z.A.;
- intimato -
avverso la sentenza n. 212/2009 della CORTE D'APPELLO di CALTANISSETTA, depositata il 30/09/2009; R.G.N. 137/2007;
udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 17/01/2012 dal Consigliere Dott. PAOLO D'AMICO;
udito il P.M. in persona del Sostituto Procuratore Generale Dott. POLICASTRO Aldo che ha concluso per l'inammissibilità.

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

P.D.M.R., in qualità di trasportata e i coniugi Pi.Gi. e D.P.G. nella qualità di genitori esercenti la potestà sulla figlia minore Pi. F., conducente di un ciclomotore, nonchè Pi.Gi. in proprio, quale proprietario dello stesso ciclomotore, convennero in giudizio la Nuova Tirrena Assicurazioni s.p.a. e Z.A. al fine di ottenere il risarcimento sia dei danni alla persona in favore della conducente, sia dei danni subiti dalla terza trasportata, sia dei danni al mezzo.
Il Tribunale di Enna accoglieva la richiesta di risarcimento danni da sinistro stradale proposta da Pi.Gi. in proprio e nella qualità di genitore esercente la potestà unitamente a D.P.G., anch'essa attrice, della minore Pi. F., nonchè la richiesta risarcitoria, per i medesimi fatti, di P.D.M.R., richieste operate contro Z.A. e la Nuova Tirrena Assicurazioni s.p.a. Condannava questi ultimi convenuti in solido, al pagamento in favore di P.D.M. R. della somma di Euro 103.740,57, oltre accessori e della somma di Euro 1.494,12 in favore di Pi.Fa., oltre accessori.
Condannava altresì i genitori esercenti la potestà sulla minore Pi.Fa. e la società assicuratrice Universo Assicurazioni al pagamento in favore di Z.A. della somma di Euro 70,28.
Il suddetto Tribunale, applicando il principio di cui all'art. 2054 c.c., comma 2, riteneva la presunzione di responsabilità di entrambi i veicoli coinvolti e poichè la richiesta di risarcimento della P. era stata indirizzata solo nei confronti dello Z. e della sua società assicuratrice (Nuova Tirrena Assicurazioni), in virtù del principio di responsabilità solidale tra coobbligati, condannava questi ultimi al pagamento dell'intero danno risarcibile nei confronti della P., mentre liquidava al cinquanta per cento il risarcimento chiesto da P.F., corresponsabile nella verificazione dell'evento dannoso, ulteriormente ridotto di un altro cinquanta per cento per il concorso di colpa di quest'ultima che non indossava il casco al momento dell'incidente.
Proponeva appello P.D.M. chiedendo la maggiore liquidazione dei danni, ivi compreso il danno esistenziale.
La Corte d'Appello, in parziale riforma della sentenza del Tri- ▶

bunale di Enna, determinava il danno subito da P.D.M. in Euro 86.497,76, oltre interessi.
Condannava la predetta P. a restituire alla C.S.T. s.p.a., già Nuova Tirrena Assicurazioni s.p.a., la maggiore somma ricevuta in esecuzione della sentenza di primo grado, oltre accessori.
In accoglimento della domanda di regresso, proposta dalla C.S.T. nei confronti degli altri coautori del danno, condannava Pi.
F., Pi.Gi. e la Universo Assicurazioni s.p.a. al pagamento della metà della somma suddetta, comprensiva di interessi legali in favore della suddetta C.S.T..
Propone ricorso per cassazione P.D.M.R. con sei motivi.
Resiste con controricorso Groupama Assicurazioni s.p.a., già Nuova Tirrena s.p.a..

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con il primo motivo del ricorso P.D.M.R. denuncia "insufficiente e contraddittoria motivazione della sentenza con conseguente violazione dell'art. 360 c.p.c., n. 5, e dell'art. 115 c.p.c., comma 1 in riferimento alla dinamica del sinistro".
Secondo parte ricorrente l'impugnata sentenza ha erroneamente ricostruito la dinamica del sinistro ed è affetta da vizi logici, specie nella parte ove afferma la responsabilità del terzo trasportato.
Il motivo deve essere rigettato.
Esso propone infatti una diversa ricostruzione della dinamica del sinistro e si incentra quindi su profili di merito.
In particolare lamenta difetti di motivazione solo perchè il Giudice ha deciso la controversia in modo difforme rispetto alle aspettative della ricorrente.
Si deve peraltro rilevare che qualora la messa in circolazione dell'autoveicolo in condizioni di insicurezza (e tale è la circolazione di un ciclomotore con a bordo due persone in violazione dell'art. 170 C.d.S.), sia ricollegabile all'azione o omissione non solo del trasportato, ma anche del conducente (che prima di iniziare o proseguire la marcia deve controllare che essa avvenga in conformità delle normali norme di prudenza e sicurezza), fra costoro si è formato il consenso alla circolazione medesima con consapevole partecipazione
di ciascuno alla condotta colposa dell'altro ed accettazione dei relativi rischi; pertanto, in caso di eventi dannosi si verifica un'ipotesi di cooperazione nel fatto colposo, cioè di cooperazione nell'azione produttiva dell'evento (diversa da quella in cui distinti fatti colposi convergano autonomamente nella produzione dell'evento) (Cass., 22 maggio 2006, n.11947)
Nel caso in esame è da ritenere giustificata l'attribuzione della responsabilità alla trasportata sia per le ragioni di cui sopra, sia in quanto la stessa non indossava il casco protettivo.
Con il secondo motivo si denuncia: "Omessa pronuncia in ordine al motivo di gravame relativo al quantum del danno morale con conseguente violazione dell'art. 360 c.p.c., n. 4 e dell'art. 112 c.p.c.".
Secondo parte ricorrente la Corte ha omesso di pronunciarsi sulla richiesta di rideterminazione del danno morale in misura di un mezzo del danno biologico anzichè in misura di un quarto come stabilito dal Tribunale.
Il motivo è inammissibile in quanto si denuncia omessa pronuncia mentre la Corte si è pronunciata sul punto confermando la liquidazione operata dal giudice di primo grado.
Piuttosto si sarebbe dovuto denunciare violazione di legge.
Con il terzo motivo si denuncia "Omessa pronuncia in ordine all'errato calcolo degli interessi e della rivalutazione monetaria con conseguente violazione dell'art. 360 c.p.c., n. 4 e dell'art. 112 c.p.c.".
Sostiene parte ricorrente di aver fatto rilevare che il Tribunale aveva errato nella determinazione della misura degli interessi legali e della rivalutazione monetaria dovuti dalla società assicuratrice.
Per tale ragione la P. aveva chiesto alla Corte d'Appello di riformare la sentenza di primo grado e di liquidare gli interessi legali e la rivalutazione monetaria nella misura dovuta.
Poichè la Corte d'appello ha omesso di pronunciarsi in ordine a tale domanda, si afferma, ricorre un error in procedendo con conseguente violazione dell'art. 360 c.p.c., n. 4 in relazione all'art. 112 c.p.c..
Il motivo deve ritenersi infondato.
L'impugnata sentenza affronta infatti il tema degli interessi e della rivalutazione attenendosi ai criteri stabiliti dalle sezioni unite di questa Corte nella pronuncia n. 1712/1995 la quale ha statuito che la somma dovuta va devalutata alla data dell'evento e rivalutata anno per anno sino al soddisfo, calcolandosi sulla stessa gli interessi, anno per anno.
Per il danno patrimoniale la Corte d'Appello ha stabilito che vanno calcolati gli interessi legali e la rivalutazione monetaria dal 1996 al soddisfo.
Con il quarto motivo parte ricorrente lamenta "Omessa o insufficiente e/o contraddittoria valutazione delle risultanze processuali con conseguente violazione dell'art. 360 c.p.c., nn. 3 e 5, dell'art. 115 c.p.c., comma 1 e della L. n. 39 del 1977, art. 4, comma 3 tenuto conto che non è stato preso in considerazione il contenuto delle due CC.TT.UU. medico legali laddove si afferma che il grado di invalidità permanente ha inciso ai fini dell'attività lavorativa".
Parte ricorrente critica la Corte d'Appello per aver rigettato la domanda relativa al risarcimento per la diminuzione dell'attività lavorativa futura subita in seguito all'invalidità permanente e sostiene che detta Corte ha errato nel ritenere la domanda non provata.
In particolare, prosegue la P., se la Corte avesse preso in considerazione il contenuto delle due cc.tt.uu. medico legali avrebbe dovuto liquidare anche il danno patrimoniale da invalidità permanente relativo all'attività lavorativa futura anche applicando il parametro di cui alla L. n. 39 del 1977, art. 4, comma 3.
Il motivo deve essere accolto.
In tema di determinazione del reddito da considerare ai fini del risarcimento del danno per invalidità permanente, il D.L. n. 857 del 1976, art. 4, convertito in L. n. 39 del 1977 - dopo aver indicato (primo comma) i criteri da adottarsi con riguardo ai casi di lavoro, rispettivamente, autonomo e subordinato -, allorchè stabilisce (comma 3) che "in tutti gli altri casi" il reddito da considerare ai suddetti fini non può essere inferiore a tre volte l'ammontare annuo della pensione sociale, ricomprende in tale ultima previsione non solo l'ipotesi in cui l'invalidità permanente ed il conseguente danno futuro siano stati riportati da soggetti che non siano lavoratori autonomi o dipendenti, ma anche quella, più generale, in cui il danno futuro incida su soggetti attualmente privi di reddito, ma potenzialmente idonei a produrlo (Cass., 26 settembre 2000, n. 12764).
L'impugnata sentenza non ha motivato in ordine all'esclusione del risarcimento del danno futuro, nè ha tenuto conto delle consulenze tecniche del Dott. F., secondo la quale la danneg-

giata ha riportato un grado di invalidità permanente, sotto l'aspetto lavorativo, nella misura del 50% e del Dott. R. secondo la quale appare indubitabile un riverbero di grado lieve del complesso invalidante sulle capacità attitudinali della danneggiata.
Con il quinto motivo si denuncia "Insufficiente motivazione rispetto alle doglianze mosse nell'atto d'appello avverso le CC.TT.UU. medico legali con conseguente violazione dell'art. 360 c.p.c., n. 5 e dell'art. 132 c.p.c., comma 2, n. 4".
Sostiene parte ricorrente che la Corte d'Appello non ha adeguatamente motivato la risposta alle doglianze mosse alla sentenza di primo grado, fornendo una motivazione generica e superficiale.
Il giudice di merito, prosegue parte ricorrente, nonostante i rilievi mossi nell'atto d'appello da parte della P. in ordine al contenuto delle due cc.tt.uu., ha espresso una motivazione insufficiente e non ha esaminato i rilievi mossi alle stesse cc.tt.uu..
La Corte di merito, secondo la P., avrebbe dovuto fornire idonea motivazione soprattutto in ordine alla mancata applicazione delle tabelle medico legali richiamate dalla stessa ricorrente, considerato che nei casi di "disturbo post traumatico grave" è previsto un grado di invalidità compreso fra il 30% ed il 60%.
Il motivo deve essere accolto.
L'impugnata sentenza infatti non ha adeguatamente motivato in ordine ai rilievi mossi nell'atto di appello da parte della P. sul contenuto delle due cc.tt.uu., non ha indicato quale tabella medico- legale sia stata applicata in relazione alla patologia riscontrata, non ha disposto il rinnovo delle stesse cc.tt.uu. nonostante queste ultime fossero in parziale contraddizione.
La Corte non indica inoltre le ragioni della riduzione dal 60% al 26% della percentuale di invalidità.
Con il sesto ed ultimo motivo parte ricorrente denuncia "Insufficiente motivazione e violazione o falsa applicazione di norme di diritto con conseguente violazione dell'art. 360 c.p.c., nn. 3 e 5, art. 132 c.p.c., n. 4 ed art. 118 disp. att. c.p.c.".
L'accoglimento del quarto e del quinto motivo comporta l'assorbimento del sesto.
In conclusione, devono essere accolti il quarto e quinto motivo del ricorso, assorbito il sesto, rigettati gli altri con conseguente cassazione dell'impugnata sentenza in relazione ai motivi accolti e rinvio alla Corte d'Appello di Caltanissetta, in diversa composizione, anche per le spese del giudizio di cassazione.

P.Q.M.

La Corte accoglie il quarto e quinto motivo del ricorso; dichiara assorbito il sesto; rigetta gli altri, con conseguente cassazione dell'impugnata sentenza in relazione ai motivi accolti e rinvio alla Corte d'Appello di Caltanissetta, in diversa composizione, anche per le spese del giudizio di cassazione.
Così deciso in Roma, il 17 gennaio 2012.
Depositato in Cancelleria il 6 marzo 2012

CONFUCIO DICE:

1) La vera felicità sta nelle piccole cose: una piccola villa, un piccolo yacht, un piccola fortuna.

2) Se cerchi una mano disposta ad aiutarti, la trovi alla fine del tuo braccio.

3) C'é un mondo migliore... però minchia... é carissimo!

4) L'importante non é vincere. L'importante é competere, senza perdere né pareggiare.

5) Avere la coscienza pulita é segno di cattiva memoria.

6) Colui che é capace di sorridere quando tutto va male, é perché già ha pensato a chi dare la colpa.

7) Chi ride ultimo, pensa più lentamente.

8) Alcune persone sono vive solo perché l'assassinio é illegale.

9) Se non puoi convincerli, confondili.

10) Il denaro non fa la felicità... figurati la miseria!

11) L'amore eterno dura tre mesi.

12) Chi nasce povero e brutto ha buone possibilità che, crescendo, si sviluppino entrambe le condizioni.

13) Pesce che lotta contro la corrente muore fulminato.

14) Quando il sole si alza iniziano i problemi.

15) Chi se la tira troppo, rischia di strapparsela tutta.

16) Uomo molto saggio é colui che non gioca mai a saltacavallo con unicorno.

17) Non é la misura del trattore che conta, ma quanto tempo trascorri ad arare il campo.

18) Uomo che va a dormire con problemi sessuali si risveglia con la soluzione in mano.

19) Uomo che va a dormire con prurito al culo si sveglia con dito puzzolente.

20) La fine del giorno é vicina quando uomini bassi fanno lunghe ombre.

21) Se la montagna viene verso di te... cooorrriiii !!!
È una franaaaa !!!

Cassazione: l'avvocato rischia una sanzione disciplinare

Pratiche legali affidate solo a soggetti abilitati

di Deborah Alberici

Rischia una sanzione disciplinare l'avvocato che affida la cura dei clienti e delle pratiche dello studio a un soggetto non abilitato o cancellato dall'albo. Lo hanno stabilito le Sezioni Unite civili della Corte di cassazione che, con la sentenza n. 22266 del 7 dicembre 2012, hanno confermato l'avvertimento a carico di un legale che aveva affidato molte pratiche al fratello nonostante questo non fosse più iscritto all'albo.
In particolare il Massimo consesso di Piazza Cavour ha chiarito che agevolare l'esercizio abusivo della professione non vuol dire soltanto far discutere la causa a un soggetto non abilitato ma anche affidargli dei compiti a studio riservati all'iscritto all'albo. Dunque il collegio di legittimità ha condiviso le valutazioni fatte dal Consiglio nazionale forense che avevano confermato la sanzione nonostante l'opposizione da parte del legale. Infatti, ha sostenuto la Cassazione, il motivo presentato dal professionista nella parte in cui invoca l'art. 348 c.p., sostenendo che gli atti di esercizio abusivo della professione di avvocato sono unicamente quelli compiuti davanti a un giudice, è in netto contrasto con la giurisprudenza della Corte di cassazione anche penale secondo la quale per realizzare il delitto di cui all'art. 348 c.p. è sufficiente che il soggetto non abilitato «curi pratiche legali dei clienti o predisponga ricorsi, anche senza comparire in udienza». Quindi, l'accertamento del Cnf secondo cui il legale, dominus dello studio, avrebbe consentito che il fratello frequentasse il suo studio per ricevere i propri clienti, trattando poi le relative pratiche (almeno in una occasione col legale avversario in sede di pignoramento) «è stato posto correttamente a fondamento della ritenuta responsabilità disciplinare».
Nell'affermare questo principio il Massimo consesso di Piazza Cavour ne ha ribadito un altro sulla prescrizione dell'azione disciplinare a carico degli avvocati chiarendo che la prescrizione quinquennale può in via di principio essere proposta per la prima volta o rilevata d'ufficio in sede di legittimità, sempre che non ci siano indagini di fatto da svolgere, ma in questo caso particolare l'istanza non è stata sufficientemente argomentata dall'avvocato sanzionato né nuovi elementi sono emersi dagli atti depositati al Palazzaccio. Quindi la domanda di prescrizione è stata dichiarata inammissibile.

INCIDENTI IMPROBABILI

Descrizioni di incidenti stradali reali, prese da contestazioni amichevoli o moduli simili...

Andando a casa ho girato nella villetta sbagliata e mi sono scontrato con un albero che non ho.

Avevo comprato diverse piante. Arrivato ad un incrocio, una di queste mi si fece davanti coprendomi la visuale, ecco perché non vidi l'altra macchina.

Avevo detto alla polizia che non ero ferito, ma togliendomi il cappello ho scoperto di avere il cranio fratturato.

Giungevo all'incrocio, quando improvvisamente apparve un cartello di stop dove non era mai apparso. Non riuscii a fermarmi in tempo.

Ho frenato sul ghiaccio ed è normale che l'auto sia scivolata e finita nella casa del vicino.

Ho guidato per 40 anni, poi mi sono addormentato al volante e ho avuto un incidente.

Il palo della luce si stava avvicinando. Stavo tentando di schivarlo, quando mi venne addosso.

Un camion si è scontrato con la faccia di mia moglie.

Il pedone non aveva idea di dove scappare, così io andai verso di lui.

Il tipo barcollava in mezzo alla strada. Ho dovuto sterzare diverse volte prima di investirlo.

L'altra vettura mi ha urtato senza dare avviso delle sue intenzioni.

Mentre tentavo di uccidere una mosca, mi sono scontrato con un palo del telefono.

Mi ritengo colpevole dell'incidente in quanto guidavo ma non ero presente.

Mi sono fermato a fare un bisogno quando ho visto la mia auto passare davanti a me e finire nel fosso. Forse non avevo frenato.

Mi sono scontrato con una pompa di benzina proveniente dall'altra direzione.

Per evitare di colpire il paraurti della macchina davanti, stirai il pedone.

Un pedone mi ha colpito ed è finito sotto la mia auto.

Una macchina invisibile uscì, urtò la mia auto e scomparve.

Altalex

IL DANNO DA FERMO TECNICO SI SDOPPIA

Cassazione civile, sez. III, sentenza 08.05.2012 n° 6907

A distanza di pochi mesi dalla sentenza Cassazione civile, sez. II, **sentenza 9 agosto 2011, n. 17135** in merito alla prova del c.d. "danno da fermo tecnico", è stata chiamata a tornare in argomento anche la Terza Sezione che, con sentenza 16 gennaio 2012, n. 6907, ha sostanzialmente ribadito i principi già stabiliti nelle proprie precedenti pronunce.

Le formule tralatizie adoperate nelle sentenze, tuttavia, contribuiscono a perpetuare l'equivoco semantico che ruota attorno al multiforme concetto di "danno da fermo tecnico".

Nella fattispecie, i Giudici di Piazza Cavour hanno censurato la decisione del Tribunale di Napoli, sez. distaccata di Afragola, che aveva rigettato la domanda di risarcimento del danno da fermo tecnico in quanto sfornita di specifica prova. Per la Suprema Corte, infatti, *"è possibile la liquidazione equitativa del danno stesso anche in assenza di prova specifica, rilevando a tal fine la sola circostanza che il danneggiato sia stato privato del veicolo per un certo tempo, anche a prescindere dall'uso effettivo a cui esso era destinato".*

L'entusiasmo di chi vede nella sentenza in commento la conferma dell'automatica risarcibilità del c.d. "danno da fermo tecnico" *tout court*, però, è destinato ad arrestarsi di fronte alla ulteriore precisazione degli Ermellini, secondo cui tale posta di danno è risarcibile senza bisogno di una prova specifica, ma solo perché *"L'autoveicolo è, difatti, anche durante la sosta forzata, fonte di spesa (tassa di circolazione, premio di assicurazione) comunque sopportata dal proprietario, ed è altresì soggetto a un naturale deprezzamento di valore".*

Il danno da fermo tecnico qualificabile sostanzialmente come "in re ipsa", dunque, va inteso in una accezione restrittiva e "riduttiva", comprendendo esclusivamente le conseguenze immediate e dirette dipese dalla sosta forzata del veicolo, quali le spese fisse che il proprietario è costretto comunque a pagare (bollo auto e assicurazione) e la svalutazione del valore di mercato subita durante la permanenza in officina.

La sentenza non ricollega tale "regime probatorio facilitato" ai danni ulteriori, come le spese necessarie per il noleggio di altro veicolo simile o l'impedimento a svolgere una determinata attività lavorativa, per i quali deve essere fornita specifica prova in giudizio, come già evidenziato da Cassazione civile, sez. II, **sentenza 9 agosto 2011, n. 17135.**

Ecco quindi che, combinando i principi di diritto portati dalle due pronunce di legittimità, viene in rilievo una nuova e **duplice definizione di "danno da fermo tecnico"**, alla quale corrispondono altrettanti regimi probatori:

1) il danno da fermo tecnico, inteso come spese fisse sostenute dal proprietario del veicolo nonostante il mancato uso della vettura e il deprezzamento della stessa durante la sosta forzata in officina è **risarcibile in via equitativa e senza fornire specifica prova,** essendo queste conseguenze automatiche.

2) il danno da fermo tecnico rappresentato da tutte le ulteriori poste di danno indirettamente e non immediatamente ricollegabili alla sosta forzata della vettura, quali le spese per il noleggio della vettura sostitutiva o l'impossibilità di eseguire una particolare attività, **non è risarcibile in via automatica, dovendosi invece fornire precisa e puntuale prova in merito.**

(Altalex, Nota di **Valentino Aventaggiato e Raffaele Pienteda**)

REPUBBLICA ITALIANA
NEL NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE
SEZIONE III CIVILE
Sentenza 8 maggio 2012, n. 6907

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. Bruno SPAGNA MUSSO, Presidente
Dott. Adelaide AMENDOLA, Consigliere
Dott. Paolo D'AMICO, Consigliere
Dott. Giuseppina Luciana BARRECA, Consigliere
Dott. Giuseppa CARLUCCIO, Consigliere

SENTENZA

sul ricorso 1115-2011 proposto da:
..., elettivamente domiciliato in Roma,...

– ricoreente –

NONCHÉ CONTRO

... SpA, ...

– intimati –

avverso la sentenza n. 6438/2010 del Tribunale sede distaccata di Afragola, depositatta il 04/05/2010, R.G.N. 27421/2008.

udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 16/01/2012 dal Consigliere Dott. Paolo D'AMICO;

udito il P.M. in persona del sostituto Procuratore Generale Dott. Vincenzo GAMBARDELLA che ha concluso per accoglimento p.q.r.

(omissis)

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

P.S. convenne dinanzi al Giudice di Pace di Napoli R.L. e la s.p.a. Fondiaria - Sai chiedendo il risarcimento dei danni che asseriva di aver subito a seguito di un incidente stradale cagionato dall'autovettura del convenuto.

Instauratosi il contraddittorio, quest'ultimo rimaneva contumace mentre si costituiva la compagnia assicuratrice.

Il Giudice di Pace di Napoli accoglieva la domanda dichiarando l'esclusiva responsabilità del conducente dell'autovettura di proprietà del R. e condannava la Fondiaria - Sai al risarcimento dei danni.

Avverso la relativa sentenza proponeva appello dinanzi al Tribunale di Napoli il P. chiedendone la parziale riforma.

Il Tribunale respingeva l'appello e condannava l'appellante al pagamento delle spese del grado.

Propone ricorso per cassazione P.S. con tre motivi.

Parte intimata non ha svolto attività difensiva.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con il primo motivo del ricorso si denuncia "Violazione degli artt. 1223, 1226, 2043, 2054, 2056 e 2697 c.c. in relazione all'art. 360 c.p.c., nn. 3 e 5".

Il ricorrente critica l'impugnata sentenza perchè non ha risarcito il cosiddetto danno da "fermo tecnico".

La critica è fondata.

Con riferimento infatti a tale danno subito dal proprietario dell'autovettura danneggiata a causa della impossibilità di utilizzarla durante il tempo necessario alla sua riparazione, è stato affermato che è possibile la liquidazione equitativa del danno stesso anche in assenza di prova specifica, rilevando a tal fine la sola circostanza che il danneggiato sia stato privato del veicolo per un certo tempo, anche a prescindere dall'uso effettivo a cui esso era destinato. L'autoveicolo è, difatti, anche durante la sosta forzata, fonte di spesa (tassa di circolazione, premio di assicurazione) comunque sopportata dal proprietario, ed è altresì soggetto a un naturale deprezzamento di valore (Cass. 9 novembre 2006, n. 23916; Cass., 27 gennaio 2010, n. 1688, in motivazione).

La sentenza, che non si è adeguata agli enunciati principi, deve essere, dunque, cassata sul punto.

Nel caso in esame il Tribunale ha quindi errato nel rigettare la domanda di risarcimento del danno da fermo tecnico in quanto sfornita di prova.

Con il secondo motivo si denuncia "Violazione degli artt. 1223, 1224, 1282, 2043 e 2056 c.c., in relazione dell'art. 360 c.p.c., nn. 3 e 5".

Parte ricorrente critica l'impugnata sentenza nel punto in cui ha confermato la decisione del Giudice di Pace di Napoli sostenendo che la liquidazione all'attualità del danno preclude la liquidazione degli interessi dal giorno dell'incidente ed ha affermato che tali interessi debbono essere liquidati dal giorno del deposito della sentenza.

In tema di risarcimento danni, trattandosi di debito di valore, prosegue parte ricorrente, gli interessi debbono essere liquidati dal giorno dell'incidente, come la rivalutazione monetaria.

Il motivo è infondato e va rigettato.

Infatti l'orientamento di questa Corte (Cass. 10.3.2000, n. 2796 Cass. 12.1.1999, n. 256), riportandosi alla decisione delle S.U.(17.2.1995, n. 1712), ritiene che gli interessi c.d. compensativi sui debiti di valore devono essere computati o con riferimento ai singoli momenti riguardo ai quali la somma equivalente al bene perduto si incrementa nominalmente (per effetto dei prescelti indici di rivalutazione), ovvero in base ad un indice medio, egualmente applicabile dal giudice, tenuto conto che detta liquidazione del danno da ritardo, per quanto effettuata secondo la tecnica degli interessi, rientra pur sempre nello schema liquidatorio del danno di cui all'art. 2056 c.c. (tra cui il potere equitativo ex art. 1226).

Ritenuto che gli interessi in questione adempiono solo alla funzione di tecnica liquidatoria del danno da ritardo, detto danno in luogo degli interessi legali può essere liquidato anche equitativamente dal giudice o con la liquidazione equitativa di detti interessi; il giudice può anche effettuare una liquidazione equitativa globale, in un'unica somma, comprendente sia la prestazione c.d. principale, che la rivalutazione monetaria e gli interessi, ove anche per tali voci ricorrano le condizioni di cui all'art. 1226 c.c. (richiamato dall'art. 2056), proprio per la natura unitaria dell'obbligazione di valore, senza necessità di specificare i singoli elementi della liquidazione (Cass. 13.3.1995, n. 2910).

Nel caso in esame la liquidazione equitativa deve essere considerata comprensiva anche degli interessi.

Con il terzo motivo si denuncia "Violazione degli artt. 91 e 92 c.p.c. della tariffa professionale del 02.06.2004 in relazione all'art. 360 c.p.c., nn. 3 e 5".

Sostiene parte ricorrente che il Tribunale di Napoli, confermando la liquidazione delle spese e competenze effettuate dal Giudice di Pace non ha tenuto conto degli esborsi sostenuti dal precedente procuratore e della sua attività professionale.

Il Tribunale di Napoli, prosegue parte ricorrente, non avrebbe dovuto confermare gli importi stabiliti dal Giudice di Pace ma avrebbe dovuto liquidare gli importi esposti in notula con analitica specificazione delle singole partite, con riferimento alle prestazioni effettuate nel corso del giudizio dal precedente procuratore.

Il motivo deve essere accolto.

Infatti in tema di spese giudiziali, allo scopo di consentire, attraverso il controllo di legittimità, l'accertamento della conformità della liquidazione agli atti ed alle tariffe, il giudice di merito, in presenza di una specifica nota relativa alle spese, ai diritti di procuratore e agli onorari di avvocato, ove non liquidi gli stessi in conformità della nota, è tenuto ad indicare sia le voci per le quali non li ritiene dovuti, ovvero li ritiene dovuti in misura minore, sia gli esborsi che considera ingiustificati od eccessivi (Cass., 21 luglio 2001, n. 9947).

Nel caso in esame il Tribunale di Napoli non ha adeguatamente motivato in merito alla riduzione delle voci inerenti alle spese, ai diritti ed all'onorario effettuata dal Giudice di Pace.

In conclusione devono essere accolti il primo ed il terzo motivo, rigettato il secondo, con conseguente cassazione della sentenza in relazione ai motivi accolti e rinvio al Tribunale di Napoli in diversa persona anche per quanto riguarda le spese del giudizio di cassazione.

P.Q.M.

La Corte accoglie il primo ed il terzo motivo, rigetta il secondo, cassa in relazione ai motivi accolti e rinvia al Tribunale di Napoli in diversa persona, anche per le spese del giudizio di cassazione.

Il Presidente, Bruna Spagna Musso ■

A.N.E.I.S. | Gli Organi dell'associazione Triennio 2012-2015 3

A.N.E.I.S. | Statuto 5

A.N.E.I.S. | Regolamento commissione soci e coordinatori regionali (Allegato A) 8

A.N.E.I.S. | Codice etica professionale del patrocinatore stragiudiziale (Allegato B) 9

Omaggio a Lodovico Molinari 10

Dalla Corte Costituzionale una pietra tombale sulla mediazione obbligatoria Corte Costituz. | Sentenza n. 272/2012 12

Assicurazioni auto: annullato il tacito rinnovo Gazzetta Ufficiale Decreto Legge 18 ottobre 2012, n.179 14

Commenti dall'ISVAP 18

RC auto fraudolente, dal primo gennaio all'Ivass il compito di supervisionare 19

Truffe assicurative: in Inghilterra costano 400 milioni 20

Sinistro stradale – Risarcimento danni non patrimoniali – Lesioni di lieve entità – art. 139 CdA dopo la riforma – 28.02.2012 (GdP di Mascalucia) 21

Il danno, determinato da un medico, va liquidato anche se non si è potuta accertare strumentalmente la lesione 24

Il Giudice peritus peritorum può emettere ordinanza con proposta conciliativa 25

A conferma del danno esistenziale Commento di Patrizia Ziviz 26

Art. 32 L.27/2012 Commi Ter-Quater: contributo interpretativo medicolegale di Enzo Ronchi 27

È l'ANAS responsabile dei danni provocati da un cane alle vetture in transito 30

Il Comune risponde, ex art. 23051 c.c., anche in caso di ghiaccio sul fondo stradale 31

Giurisprudenza di legittimità 32

Confermato l'orientamento giurisprudenziale che nega la possibilità di un intervento volontario della compagnia del danneggiato 35

Anche al disoccupato va liquidato il danno per la diminuzione dell'attività lavorativa Cass. Civ.| Sentenza n. 3447/2012 37

Cassazione: l'avvocato rischia una sanzione Pratiche legali affidate solo a soggetti abilitati 40

Il danno da fermo tecnico si sdoppia Cass. Civ.| Sentenza n. 6907/2012 41

TribunaPocket 2012

Giorgio Gallone

TESTO UNICO DELLE ASSICURAZIONI

L'Opera è aggiornata con

▶ La **L. 24 marzo 2012, n. 27 (Legge liberalizzazioni)** che ha introdotto nuove norme in materia di repressione delle frodi assicurative e ha modificato la disciplina in materia di accertamenti delle invalidità conseguenti ad incidenti stradali.

Argomenti affrontati:

▶ CODICE DELLE ASSICURAZIONI (D.L.vo 7 settembre 2005, n. 209)
▶ CODICE CIVILE
▶ CARD
▶ DEPENALIZZAZIONE

Questo volume si rivolge a:

avvocati, magistrati, studenti, operatori del settore assicurativo.

€ 15,00

www.latribuna.it

Autobianchi Stellina 1966

L'Autobianchi Stellina è una spider fabbricata dalla casa costruttrice italiana Autobianchi tra il 1963 e il 1965.

La stellina fu la prima automobile di serie costruita in fibra di vetro. La volontà dei tecnici era quella di ottenere una carrozzeria protetta dalla ruggine, leggera e facile da produrre.

Rarissima autobianchi stellina rossa in perfetto stato
Per la sua linea estetica, l'Autobianchi Stellina ha avuto da subito un enorme successo commerciale. Ne sono stati costruiti in totale solamente cinquecentodue esemplari di automobile.

Buon Natale

Stampa Tipografia: GRAFICHE CARRER | Mestre