

## PRIMO PIANO

### Allianz sale in Euler Hermes

Allianz, che attualmente detiene il 63% di Euler Hermes, punta a rilevare la restante quota della compagnia. Il gruppo tedesco ha annunciato l'intenzione di lanciare un'Opa sul 35,5% del capitale e, in una nota, sottolinea di aver già raggiunto accordi con azionisti di Euler Hermes che detengono l'11,34% della compagnia francese specializzata nell'assicurazione del credito. Allianz dovrebbe salire fino al 74,34% del capitale sociale e dei diritti di voto. Il gruppo ha annunciato di aver acquistato venerdì l'11,34% delle azioni di Euler Hermes da un gruppo di azionisti al prezzo di 122 euro per azione; ora il gruppo tedesco controlla il 74,34% della società e intende lanciare un'Opa residuale 24,2% del capitale di Euler Hermes sempre a 122 euro per azione, con un premio del 21% sulla chiusura di borsa di venerdì 24 novembre.

Allianz intende attuare una procedura di squeeze-out a seguito dell'offerta di acquisto nel caso in cui la partecipazione in Euler Hermes raggiunga il 95%. Lo squeeze-out prevede che, in seguito alla promozione di un'Opa totalitaria, l'offerente possa avvalersi del diritto di acquisto delle azioni residue se arrivi a detenere almeno il 95% del capitale con diritto di voto. Allianz ha precisato che l'operazione non avrà impatto sull'annunciato programma di buy-back da due miliardi di euro per il 2018.

Beniamino Musto

## IL PUNTO SU...

### La componente umana nel risarcimento

**Una recente decisione della Cassazione riporta la discussione sulla questione del danno non patrimoniale e sofferenze morali rispetto alle tabelle di liquidazione**

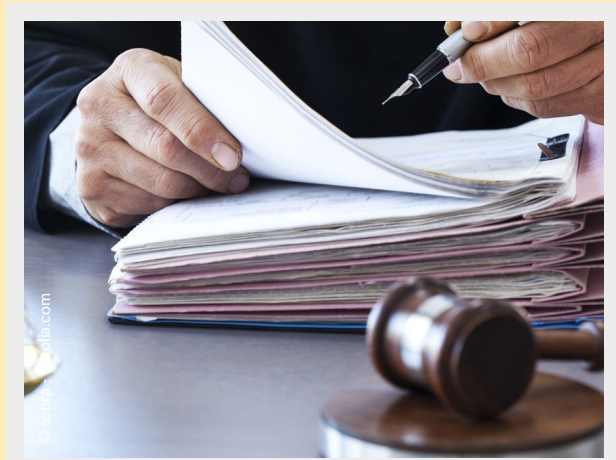
Una sentenza della suprema Corte di Cassazione depositata qualche giorno fa (Sez. 3 n.24075 del 13 ottobre 2017, pres. Chiarini; rel. Olivieri), ci riporta al ragionamento, da tanto tempo praticato a vari livelli di giurisdizione e dottrinali, del materiale utilizzo nello strumento liquidativo del danno alla salute oggi più diffuso nel nostro ordinamento: le tabelle di liquidazione del danno non patrimoniale elaborate nel tempo dai tribunali dello Stato (e oggi confluite pressoché unitariamente nelle tabelle milanesi) e quelle di legge (art. 139 Codice delle Assicurazioni di recente modificato dalla Legge n. 124 del 4 agosto 2017).

La vicenda riguardava la difficile tematica della liquidazione così detta *quodam tempore*, vale a dire del danno alla persona subito materialmente dall'infortunato in un lasso di tempo specifico, cioè determinato, e non presunto nel futuro, per l'intervenuto decesso, per causa diversa dal sinistro. In questo caso, sono gli eredi ad agire per la quota di credito risarcitorio maturato nella sfera della vittima e passato in asse ereditario.

#### IL PROCEDIMENTO IN QUESTIONE

Nel caso specifico ricorrevano avanti all'alta corte i congiunti di una vittima deceduta appunto nelle more, cioè prima della liquidazione del danno, lamentando il fatto che la corte territoriale avesse semplicemente adottato un criterio matematico proporzionale partendo dal dato economico della tabella del tribunale di Roma, senza considerare l'effettiva sofferenza patita dalla vittima nel lasso di tempo di permanenza in vita e, quindi, omettendo una giusta personalizzazione della vicenda reale dell'infortunato, caratterizzata, oltre che dalla percezione della menomazione (danno biologico), anche dalla sofferenza soggettiva indotta dalle lesioni subite (narrate dagli interventi chirurgici che la parte aveva subito a causa delle stesse quando ancora era in vita).

(continua a pag. 2)



**INSURANCE REVIEW su FACEBOOK**

Seguici sulla pagina cliccando qui

(continua da pag. 1)

La Corte accoglie la censura articolata in tali termini rammentando (in un breve excursus storico dei suoi essenziali precedenti) che secondo i dettami delle assai note sentenze “di San Martino” (SS.UU. nn. 26972-5 dell’11/11/2008 seguite da altre di segno conforme, come la Corte Cass. Sez. 3, sentenza n. 24864 del 09/12/2010), “determina duplicazione di risarcimento la congiunta attribuzione del danno biologico e del danno morale nei suindicati termini inteso, sovente liquidato in percentuale (da un terzo alla metà) del primo. Esclusa la praticabilità di tale operazione, dovrà il giudice, qualora si avvalga delle note tabelle, procedere ad adeguata personalizzazione della liquidazione del danno biologico, valutando nella loro effettiva consistenza le sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso, onde pervenire al ristoro del danno nella sua interezza.”



## IL RISARCIMENTO NON È PURO CALCOLO MATEMATICO

Rammenta dunque la Corte che deve essere assolutamente evitata, anche in sede di utilizzo delle tabelle, la mera applicazione di automatismi liquidatori, privi di qualsiasi attinenza alla situazione concreta in cui versa la persona, tanto più resa peculiare dalle molteplici espressioni che la sofferenza assume in ciascun individuo in relazione alle specifiche contingenze della vita.

La liquidazione unitaria del danno non patrimoniale non significa, invece, l’esclusione *tout court* della valutazione – che rimane quindi dovuta, e risponde all’esigenza di adeguare il ristoro alle peculiari caratteristiche della situazione e della persona del danneggiato – di quella componente del pregiudizio non patrimoniale consistente nel “turbamento dell’animo, il dolore intimo sofferti” (cfr., in tal senso, Corte cass. Sez. L, sentenza n. 687 del 15/01/2014).

Fatta tale premessa, la Corte censura dunque la decisione di merito che si era limitata, nel caso specifico, a operare una mera proporzione matematica rispetto al periodo di effettiva permanenza in vita della vittima, e quindi senza alcuna attinenza specifica descrittiva e analitica del singolo caso di specie.

## RESTA DI BASE LA SOGGETTIVITÀ DEL CASO

Nel condividere questo principio, che richiama sempre a una funzione per così dire umanistica e ego-centrista dell’esistenza dell’uomo rispetto alla mera valutazione oggettiva e svincolata dalla realtà, ci pare adeguato all’attuale realtà giurisprudenziale il principio (riportato in massima nella decisione segnalata) per il quale “nell’adeguamento personalizzato del risarcimento per il danno non patrimoniale, il Giudice di merito non potrà limitarsi a liquidare la componente *sofferenza soggettiva*, cumulativamente al danno cd. biologico, mediante applicazione automatica di una quota proporzionale (di regola pari ad 1/3) del valore del danno biologico; né tanto meno risulta congrua la applicazione, anche questa automatica, di una riduzione dell’importo, come sopra calcolato, corrispondente a quella del danno biologico commisurato alla durata della vita effettiva del danneggiato (anziché all’aspettativa di vita rilevata in base agli indicatori demografici elaborati dall’Istat ed assunti nel calcolo tabellare del danno biologico)”.



Invero, si legge ancora in modo chiaro, il giudice dovrà “preliminarmente verificare se e come tale specifica componente del danno non patrimoniale sia stata allegata e provata dal soggetto che ha azionato la pretesa risarcitoria, provvedendo successivamente – in caso di esito positivo della verifica – ad adeguare la misura della reintegrazione del danno non patrimoniale, indicando il criterio di *personalizzazione* nella specie adottato, che dovrà risultare coerente logicamente con gli elementi circostanziali ritenuti rilevanti ad esprimere la intensità e la durata della sofferenza psichica”.

Ancora una volta, dunque, la regola deve essere quella per la quale la tabella (di legge o convenzionale che sia) può solo costituire la base di partenza del ragionamento risarcitorio che deve sempre, nell’esercizio di indagine e descrittivo del giudizio del magistrato, esordire dal profilo obbiettivo per approdare a quello soggettivo, all’uomo insomma nella sua articolata identità esistenziale.

Filippo Martini  
Studio Mrv

## San.Arti punta a triplicare gli iscritti

**Il fondo chiede una legge sulla sanità integrativa per dare slancio al sistema. Intanto, a cinque anni dalla nascita, una ricerca svela il livello gradimento degli iscritti sui servizi ricevuti: il 92,2% è soddisfatto**

La sanità integrativa in Italia ha bisogno di alleati per la crescita. Occorre più conoscenza delle opportunità offerte e sostegno della classe politica italiana. "Le spese vive in ambito sanitario nel 2015 sono pari a 36 miliardi di euro, di cui solo il 10% sono stati intermediati da fondi sanitari o polizze, vale a dire il secondo e terzo pilastro su cui si regge il sistema sanitario italiano nel suo complesso", ha osservato **Dario Bruni**, presidente di **San.Arti** in occasione del convegno *Diamo lustro alla Sanità*.

Il quinto anniversario della nascita del Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dell'artigianato, frutto dell'unione delle diverse single sindacali del mondo artigiano, è l'occasione per lanciare ambiziosi programmi futuri. "Puntiamo a raggiungere tutta la platea potenziale, oltre 1,5 milioni di artigiani, ovvero vogliamo triplicare gli iscritti", ha aggiunto Bruni. Tuttavia, lo sviluppo della sanità integrativa necessita ancora di un forte sostegno da parte del Parlamento. Si chiede, in particolar modo, la defiscalizzazione delle quote versate su base volontaria perché, come ha affermato Bruni, "rispondono alle esigenze di tutela di un aspetto fondamentale della vita dell'individuo e della famiglia come è la salute. A ciò si aggiunga che con l'attività dei fondi si alleggerisce l'onere sul Ssn". A condividere il percorso futuro di San.Arti, i parlamentari **Donata Lenzi** del Pd, **Giulia Grillo** del Movimento 5 Stelle, e **Maria Rizzotti** di Forza Italia.

### Preoccupano le lunghe liste di attesa

L'ambizioso obiettivo di triplicare gli iscritti nei prossimi anni ha spinto San.Arti a intervistare 400 iscritti per verificare le aspettative, le preoccupazioni e il livello di soddisfazione riguardo al servizio offerto dal fondo e dalla sanità italiana, pubblica e privata. La ricerca è stata presentata da **Alessandra Ghisleri** di **Euromedia Research**. La prima domanda ha avuto l'obiettivo di accertarsi del giudizio generale sui servizi offerti dalla sanità pubblica. Il 63,5% si fida del Ssn, anche se solo il 5% dichiara di avere "molta fiducia". Di conseguenza, gli iscritti che non hanno fiducia sono uno su tre (34,3%). Su un punteggio da uno e cinque, la media di voti dati alla sanità pubblica italiana è 3,09, punteggio poco più che sufficiente.

Nel Sistema sanitario pubblico, le lunghe liste d'attesa rappresentano la maggiore preoccupazione per il campione intervistato (63,3%). L'efficienza generale del Ssn preoccupa meno di un intervistato su cinque (18,5%); al terzo posto, preoccupa la qualità del personale medico e sanitario. Infine, solo due intervistati su 100 sono preoccupati delle qualità dei macchinari e della qualità delle strutture.



Dario Bruni, presidente San.Arti, intervistato da Francesco Giorgino

Uno dei focus della ricerca è stata la consapevolezza dell'iscrizione al fondo. Il 4,5% degli intervistati non sa di essere iscritto. La ricerca ha quindi voluto capire le aspettative di servizi offerti da un fondo di assistenza sanitaria. Oltre sette iscritti su dieci (il 73,7%) si mostrano sensibili al tema della prevenzione oncologica, check-up per prestazioni diagnostiche particolari (68,4%); a parità, con il 63,2%, le aspettative verso visite specialistiche e psicoterapia, trattamenti fisioterapici, prevenzione oncologica. Più basse le aspettative verso ricoveri in istituti di cura con intervento chirurgico. Dovendo far ricorso a una visita specialistica, un intervento, una prestazione sanitaria, il 48,2% opterebbe per la sanità privata, con una prevalenza delle donne (contro il 42,8%, in prevalenza uomini, che sceglierebbe la sanità pubblica).

Quanto alla maggioranza degli intervistati che dichiara di avere consapevolezza dell'iscrizione al fondo, la ricerca ha voluto verificare prima di tutto il livello di soddisfazione dei servizi ricevuti. Il 43,1% si mostra molto soddisfatto, mentre il 49,1% è abbastanza soddisfatto. Il valore complessivo è di tutto rispetto: 92,2% la quota dei soddisfatti. Meno caloroso il giudizio su grado di copertura del fondo, l'ottenimento di informazioni, la copertura della rete, le franchigie e la facilità di contatto con personale front-office. In media i voti sono sopra la sufficienza (3,34 su 5), con l'assenza sia di giudizi entusiastici che di giudizi negativi. Solo la copertura della rete ottiene un giudizio discreto (3,53 su 5).

**Alessandro Giuseppe Porcari**





# Insurance Review

Strategie  
e innovazione per  
il settore assicurativo

La rivista che rende l'informazione specialistica  
dinamica e immediata.  
Uno strumento di aggiornamento e approfondimento  
dedicato ai professionisti del settore.

**Abbonati su**  
**[www.insurancereview.it](http://www.insurancereview.it)**  
**Abbonamento annuale € 80,00 (10 numeri)**



Puoi sottoscrivere l'abbonamento annuale nelle seguenti modalità:  
- Compilando il form on line all'indirizzo [www.insurancetrade.it/abbonamenti](http://www.insurancetrade.it/abbonamenti)  
- Inviando un'email a [abbonamenti@insuranceconnect.it](mailto:abbonamenti@insuranceconnect.it)

Modalità di pagamento:  
- On line con Carta di Credito all'indirizzo [www.insurancetrade.it/abbonamenti](http://www.insurancetrade.it/abbonamenti)  
- Bonifico bancario Antonveneta IBAN IT 94 U 01030 12301 0000 0158 0865

## Insurance Daily

**Direttore responsabile:** Maria Rosa Alaggio [alaggio@insuranceconnect.it](mailto:alaggio@insuranceconnect.it)

**Editore e Redazione:** Insurance Connect Srl - Via Montepulciano 21 - 20124 Milano

**T:** 02.36768000 **E-mail:** [redazione@insuranceconnect.it](mailto:redazione@insuranceconnect.it)

Per inserzioni pubblicitarie contattare [info@insuranceconnect.it](mailto:info@insuranceconnect.it)