

PARABREZZA
ROTTO?

NON ASPETTARE



PRIMO PIANO

Rc auto, contenzioso in calo

Al 31 dicembre 2018 si contavano 230.777 cause civili e penali pendenti in ogni grado di giurisdizione nel segmento Rc auto e natanti. È quanto emerge dall'ultimo bollettino statistico dell'Ivass, che registra un calo del 6% rispetto al 2017 e del 24% rispetto al 2010. La rilevazione dell'istituto ha analizzato il periodo che va dal 2010 al 2018. Per quanto riguarda lo scorso anno, a fronte dei procedimenti giudiziari il settore assicurativo ha messo complessivamente un importo a riserva di 5,7 miliardi, pari al 32% della riserva totale dei rami Rc auto e natanti. Il contenzioso civile si è ridotto del 6% (nel 2018, il numero delle cause pendenti è di 228.139), tuttavia continua a essere condizionato dai lunghi tempi di costituzione e chiusura delle cause civili. Il contenzioso civile di primo grado (216 mila cause) è concentrato in Campania (39%), in particolare Napoli (26%), e nel Lazio (14%).

In termini di importo, le cause civili di primo grado si chiudono con transazione per il 56%, soccombenza dell'impresa per il 32% e esito favorevole all'impresa per il 12%.

A fine del 2018 il numero delle cause penali pendenti è contenuto (2.638) e in crescita del 10% circa rispetto al 2017 (2.405). Si tratta quasi esclusivamente di cause per danni alla persona, un terzo delle quali risalente a oltre cinque anni fa.

B.M.

IL PUNTO SU....

Non confondere il danno con la misura

Il decalogo di sentenze "di San Martino" offre un esempio del caso in cui una persona già menomata riceva un aggravamento per medical malpractice, definendo il modello di calcolo e i ruoli del giudice e del medico legale

Tra le sentenze del "decalogo orizzontale di San Martino 2019" se ne trova una di un certo rilievo anche in tema di regolazione dei criteri di liquidazione del danno da errore sanitario (Cass. 11 novembre 2019, n. 28986).

Quando la vittima di un caso di *medical malpractice* lamenti di aver subito delle conseguenze menomative per effetto di un errore sanitario, spesso il giudice, chiamato a liquidare il danno spettante all'attore, deve compiere una operazione distintiva tra le conseguenze menomative legate alla patologia originaria contratta dal paziente e quelle peggiorative legate all'aggravamento conseguente al mero errore del sanitario.

Non sempre questa operazione è semplice, e anche i criteri in uso presso i tribunali (le note tabelle milanesi) non sempre offrono meccanismi di conto di semplice adozione.

Si tratta, in estrema sintesi, di selezionare la quota di danno che sia causalmente riferibile all'errore e quindi tramutare tale misura in danaro come risarcimento per il danno da aggravamento, senza che ovviamente il medico debba anche rispondere delle conseguenze proprie della patologia contratta autonomamente dal paziente.

Scindere queste due voci di compromissione biologica e tramutare in risarcimento solo la quota strettamente legata all'errore clinico è operazione complessa, e sul tema tanto la magistratura, quanto la stessa medicina legale si sono interrogati da tempo.

La sentenza n. 28986 dell'oramai noto *decalogo di San Martino* ha trattato anche questo tema con una disamina attenta ed esauriente, definendo il perimetro delle indagini che il giudice deve compiere per giungere alla sintesi e al congruo risarcimento.

COME CALCOLARE IL DANNO DIFFERENZIALE

La Suprema Corte affronta un caso specifico e perviene alla conferma di una decisione della Corte d'Appello di Milano con la quale era stato liquidato il cosiddetto danno non patrimoniale differenziale secondo il metodo a oggi più comune.

In particolare, nel caso deciso dalla Suprema Corte si trattava di un soggetto portatore di un danno biologico del 60%, subito in conseguenza di un sinistro stradale, che si era aggravato di un ulteriore 6,5% di postumi permanenti a causa di un errato intervento in ospedale, per un totale di invalidità permanente al momento della CtU del 66,5%.

Il calcolo ritenuto corretto dalla Corte è stato quindi dato dalla "differenza tra il valore monetario del grado di invalidità permanente di cui la vittima era già portatrice prima dell'infortunio (60%), e il grado di invalidità permanente complessivamente residuo all'infortunio (66,5%)". In pratica se la vittima è già portatrice di postumi invalidanti pregressi, "la sottrazione [ai fini del calcolo del danno deve] essere operata non già tra i diversi gradi di invalidità permanente, bensì tra i valori monetari previsti in corrispondenza degli stessi".

(continua a pag. 2)



© Tero Vesalainen - iStock

PARABREZZA
ROTTO?

NON ASPETTARE



INSURANCE Daily

Oltre 160 centri
in tutta Italia.

Scopri quello
più vicino a te!

www.glassdrive.it 800 01 06 06

GLASSDRIVE

● VENERDÌ 13 DICEMBRE 2019

N. 1663

(continua da pag. 1)

Se, per semplificare, la menomazione data dalla preesistente patologia è pari ad "A", mentre quella residua in capo al paziente dopo l'aggravamento legato all'errore medico è pari al maggior valore di "B", la somma dovuta alla vittima sarà pari a "C", secondo la seguente formula: "B" - "A" = "C".

Tradotto in moneta, il meccanismo dunque si tradurrà come segue:

"A" = 80, quale valore corrispondente alla tabella milanese per la menomazione preesistente all'errore;

"B" = 100, quale valore tabellare della menomazione complessiva aggravata dall'errore;

"C" = 20 ("B" - "A"), quale quota economica del danno risarcibile.



L'AMBITO DI VALUTAZIONE DEL MEDICO LEGALE

La Corte ha altresì precisato che non è compito del medico legale procedere a una "variazione del grado percentuale di invalidità permanente obiettivamente accertato in corpore" sulla scorta delle "invalidità preesistenti all'infortunio" (contrariamente a quanto sostenuto da parte della dottrina medico legale).

Sarà invece il giudice a dover tenere conto della "delimitazione del perimetro dei danni risarcibili, come si è già illustrato in precedenza, è questione di causalità giuridica, e l'accertamento della causalità giuridica è compito eminente del giudice. Nella stima del danno alla salute, al medico-legale si demanda il prezioso compito di misurare l'incidenza della menomazione sulla vita della vittima, misurazione che come detto avviene, per risalente tradizione (oggi recepita dalla legge), in punti percentuali. Ma non va mai dimenticato che il grado percentuale di invalidità permanente non è che un'unità di misura del danno, non la sua liquidazione. Quella misurazione non può dunque che avvenire al netto di qualsiasi valutazione giuridica circa l'area della risarcibilità, onde evitare che delle preesistenze si finisca per tenere conto due volte: dapprima dal medico-legale, quando determina il grado percentuale di invalidità permanente; e poi dal giudice, quando determina il criterio di monetizzazione dell'invalidità".

(continua a pag. 3)

POLIZZA RC PROFESSIONALE
**INTERMEDIARI
ASSICURATIVI**



www.polizzaRCintermediari.it
POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE 2020

INTERMEDIARI ASSICURATIVI

Iscritti alle Sezioni A - B del RUI

MASSIMALE PER ANNO SINISTRO	FRANCHIGIA ZERO	FRANCHIGIA 1.000	FRANCHIGIA 5.000	FRANCHIGIA 10.000	FRANCHIGIA 25.000
2.500.000	€ 519,75	€ 467,78	€ 385,00	€ 327,25	€ 269,50
3.000.000	€ 590,63	€ 531,56	€ 437,50	€ 371,88	€ 306,25
4.000.000	€ 637,88	€ 574,09	€ 472,50	€ 401,63	€ 330,75
5.000.000	€ 685,13	€ 616,61	€ 507,50	€ 431,38	€ 355,25

Gli importi indicati corrispondono al premio minimo. Il premio della polizza sarà conteggiato sul fatturato 2018

Condizioni operanti:

- ✓ Responsabilità solidale Legge 221/2012
- ✓ Rivalsa Fondo di Garanzia per iscritti Sez. B) del RUI

- ✓ Retroattività dalla data di iscrizione al RUI
- ✓ Attività relative a forme pensionistiche complementari

www.polizzarcintermediari.it è gestito da ASSIMEDICI Srl

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. 02.91.98.33.11 - Fax 02.87.18.10.98

www.polizzarcintermediari.it E-mail info@polizzarcintermediari.it PEC info@assimedici.eu

Partita Iva 07626850965 - Iscr. RUI B000401406 del 12.12.2011 Cap. Soc. 50.000,00

STEFFANO
GROUP



(continua da pag. 2)

STABILIRE LO STATO DI INVALIDITÀ RAGGIUNTO

In definitiva, la stima del danno alla salute patito da chi fosse portatore di patologie pregresse richiede "innanzitutto che il medico legale fornisca al giudice una doppia valutazione:

- l'una, reale e concreta, indicativa dell'effettivo grado percentuale di invalidità permanente di cui la vittima sia complessivamente portatrice all'esito dell'infortunio, valutato sommando tutti i postumi riscontrati in vivo e non in vitro, di qualunque tipo e da qualunque causa provocati;
- l'altra, astratta ed ipotetica, pari all'ideale grado di invalidità permanente di cui la vittima era portatrice prima dell'infortunio".

Sono le funzioni vitali perse dalla vittima e le conseguenti privazioni a costituire il danno risarcibile, non certo il grado di invalidità, che ne è solo la misura convenzionale: e poiché le suddette sofferenze progrediscono con intensità geometricamente crescente rispetto al crescere dell'invalidità, l'adozione del criterio sostenuto dalla società ricorrente condurrebbe a una sottostima del danno, e dunque a una violazione dell'articolo 1223 del Codice civile.

Insomma, d'una persona invalida al 60%, che in conseguenza d'un fatto illecito divenga invalida al 70%, non si dirà che ha patito una invalidità del 10%, da liquidare con criteri più o meno modificati rispetto a quelli standard. Si dirà, al contrario, che, sul piano della causalità materiale, ha patito un'invalidità del 70%, perché questa è la misura del suo stato attuale di salute, e tale invalidità occorrerà innanzitutto trasformare in denaro.

LA SUPREMAZIA DEL PARERE GIURIDICO

Dopodiché, essendo una parte del suddetto pregiudizio slegata etiologicamente dall'evento illecito, per una stima del danno rispettosa dell'art. 1223 C.C. non dovrà farsi altro che trasformare in denaro il grado preesistente di invalidità, e sottrarlo dal valore monetario dell'invalidità complessivamente accertata in corpore.

Il diverso criterio invocato da parte della dottrina, a detta della Corte, finirebbe per confondere il danno con la sua misura, perché lo identifica con la percentuale di invalidità permanente; e confonderebbe altresì la parte con il tutto, perché trascura di considerare che ogni individuo costituisce un *unicum irripetibile*, rispetto al quale le conseguenze dannose del fatto illecito vanno dapprima considerate e stimate nella loro globalità, e poi depurate della quota non causalmente riconducibile alla condotta del responsabile.

Ma il danno alla salute consiste nelle rinunce forzose indotte dalla menomazione, non nel punteggio di invalidità permanente. Pertanto chi è invalido al 70% ha perduto, teoricamente, la possibilità di svolgere il 70% delle attività precedentemente svolte, e la stima di questo danno non può che avvenire ponendo a base del calcolo il valore monetario previsto per una invalidità del 70%.

Nel ribadire in ultimo, e in ogni caso, il "potere-dovere del giudice di ricorrere all'equità correttiva ove l'applicazione rigida del calcolo" del danno differenziale conduca a risultati manifestamente iniqui per eccesso o per difetto, la Corte in questo importante pronunciamento risolve più di un decennio di conflitti interpretativi tra il mondo giuridico e quello medico legale, riaffermando, in questo caso e in un certo senso, il primato del primo sul secondo, che pur resta un elemento essenziale e imprescindibile per i giudici per comporre congruamente l'entità del danno da errore sanitario.

Filippo Martini, Studio Mrv

EVENTI

Sanità e danno alla persona: cosa cambia?

La domanda, alla luce delle recenti
sentenze della Corte di Cassazione, sarà
al centro del convegno promosso
da Responsabilitasanitaria.it



Lo scorso 11 novembre la Corte di Cassazione depositava dieci sentenze in materia di responsabilità sanitaria. Le pronunce sono state ribattezzate *Il decalogo di San Martino*. Su questo giornale (anche oggi, in questa e nelle pagine precedenti) ne stiamo parlando diffusamente. Proprio per comprendere come evolverà lo scenario alla luce di queste sentenze, il think tank **Responsabilitasanitaria.it** ha organizzato il convegno *Il futuro è adesso – Responsabilità sanitaria e danno alla persona dopo il decalogo di San Martino 2019*. Promosso in collaborazione con il gruppo di ricerca **Medicina e Diritto**, il **Laboratorio di responsabilità sanitaria** dell'Università degli studi di Milano, gli studi legali **Mrv** e **Taurini & Hazan**, **Assimedicini** e **Hsm**, il convegno si terrà giovedì 19 dicembre, a partire dalle ore 9, presso l'aula magna dell'Università degli studi di Milano.

Attraverso il contributo di giuristi, magistrati, legali ed esperti del settore, il convegno si propone di analizzare il contenuto delle diverse sentenze e di tracciare un possibile scenario del mercato dopo le pronunce della Corte di Cassazione. Nel corso della giornata è inoltre previsto un momento di dibattito fra i rappresentanti dell'**Ivass**, dell'**Ania** e del **ministero dello Sviluppo economico** sulle ripercussioni che le citate sentenze avranno sul mercato assicurativo, nonché un aggiornamento sui decreti attuativi della *legge Gelli* a cura del firmatario della norma, l'on. **Federico Gelli**.

Per info e iscrizioni:

<http://www.medicinaediritto.it>

PARABREZZA
ROTTO?

NON ASPETTARE



INSURANCE
Daily

● VENERDÌ 13 DICEMBRE 2019

N. 1663

Oltre 160 centri
in tutta Italia.

Scopri quello
più vicino a te!

www.glassdrive.it 800 01 06 06

GLASSDRIVE

INNOVAZIONE

Innovazione digitale, come promuoverla superando le resistenze

Un evento organizzato da Dxc e Idc è stato l'occasione per un confronto sulle modalità con cui le compagnie stanno rispondendo ai cambiamenti di business e tecnologici richiesti dal mercato

Sono l'innovazione e la customer experience le prime due voci dell'agenda digitale del settore insurance. È ciò che evidenzia **Idc** in uno studio condotto su 125 assicuratori europei tra il 2018 e il 2019. Per una buona metà delle compagnie assicurative, le principali priorità di business sono infatti la creazione di nuovi prodotti/servizi e l'attrazione/fidelizzazione dei clienti. Nei confronti di questi due temi, i principali player del settore, anche in Italia, stanno aumentando i progetti di digital transformation.

Di innovazione digitale nel comparto assicurativo si è parlato nel corso del *Digital insurance event*, appuntamento organizzato da **Dxc Italia** lo scorso 4 dicembre a Milano presso Casa Milan. L'incontro ha fornito un'occasione di confronto sui trend del settore assicurativo e sulle modalità con cui le compagnie stanno rispondendo ai cambiamenti di business e tecnologici richiesti dal mercato.

"Le strategie delle compagnie ruoteranno maggiormente attorno all'enterprise technology stack", ha spiegato in apertura **Lorenzo Greco**, country general manager di Dxc Italia, sottolineando che "sempre di più la sfida per un provider di servizi a 360 gradi come Dxc è quella di riuscire a fare la differenza, non solo grazie alla tecnologia, ma anche attraverso la competenza e la qualità delle persone, che sono il nostro principale asset".

Ma quali sono i macro trend che andranno a caratterizzare sempre di più l'assicurazione in futuro? A inquadrare lo scenario è stato **Fabio Rizzotto**, associate vice president, head of research and consulting di Idc, che ha individuato cinque grandi tendenze di cambiamento nel mercato. La prima riguarda la forte attenzione al cliente, influenzata, ha osservato Rizzotto, "dalla possibilità per il consumatore di poter acquistare beni o servizi sempre e ovunque". La seconda tendenza tocca il tema della distribuzione, digitale e non, un ambito attorno a cui ci si attende un sempre maggiore fermento nel settore. Il terzo trend di cambiamento ha a che vedere con la competizione, in uno scenario sempre più affollato, e non solo dai nuovi player agili nel mercato, le insurtech, ma anche dai grandi giganti digitali della distribuzione retail. Quarta tendenza rilevata è quella dei costi, tema critico verso cui convergono una serie di elementi da monitorare, uno su tutti quello dei sistemi legacy. Ultimo, ma non per importanza, il tema del rischio, laddove, ha spiegato Rizzotto, "si assiste a un cambia-

mento del focus, passando da un concetto di mitigazione del rischio a una logica di prevenzione".

Il settore tra sfide e opportunità

Tornando alla ricerca realizzata da Idc, in cima alle priorità per il business nel 2019 viene posto il tema dell'innovazione (indicato dal 50% dei rispondenti), cioè la creazione di nuovi prodotti o servizi. Di poco inferiore il numero di coloro che indicano come prioritaria l'attenzione al cliente (49%), cioè la capacità di attrarli e fidelizzarli. Le altre due aree considerate prioritarie sono quelle della sicurezza (47%), intesa come capacità di rafforzare le capacità di investigazione e di resilienza, e l'efficientamento dei costi (46%), quindi la riduzione della spesa operativa e/o di prodotto. In questo contesto, ha osservato Rizzotto, "la digital transformation abilita nuovi processi e servizi, facendo leva su una serie di acceleratori tecnologici". Tuttavia, secondo il manager di Idc, esistono tre fattori che ostacolano il progresso della trasformazione digitale: in primis, il permanere dei sistemi legacy e le fonti di dati troppo disparate; in secondo luogo, la mancanza di analisi per trarre spunti significativi; infine, la resistenza interna al cambiamento.

Le sfide da superare, secondo gli assicuratori italiani, sono innanzitutto quella di definire una nuova architettura IT per i business digitali, ma anche la mancanza di budget per l'IT, il gap di competenze e lo scarso supporto da parte del top management. Come priorità i partecipanti italiani alla survey hanno indicato soprattutto due azioni: il miglioramento del timing e della qualità dei servizi IT forniti, e la gestione e riduzione dei costi. Per quanto riguarda le aree tecnologiche verso cui gli assicuratori italiani stanno spingendo i propri investimenti IT, al primo posto c'è l'ambito delle tecnologie mobile, seguito dall'area big data & analytics, e dal cloud computing.

Infine, interpellati su come colmare il gap di competenze in ambito digitale, il 30% del campione ha indicato nel supporto dei venditori e dei partner esterni il principale veicolo per realizzare questo obiettivo, ma c'è interesse anche nell'assumere talenti con le giuste skills (23%), e in terza battuta nel fare leva sui programmi di training interno di reskilling e upskilling (15%).

Beniamino Musto

Insurance Daily

Direttore responsabile: Maria Rosa Alaggio alaggio@insuranceconnect.it

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

T: 02.36768000 E-mail: redazione@insuranceconnect.it

Per inserzioni pubblicitarie contattare info@insuranceconnect.it

Supplemento al 13 dicembre di www.insurancetrade.it – Reg. presso Tribunale di Milano, n. 46, 27/01/2012 – ISSN 2385-2577