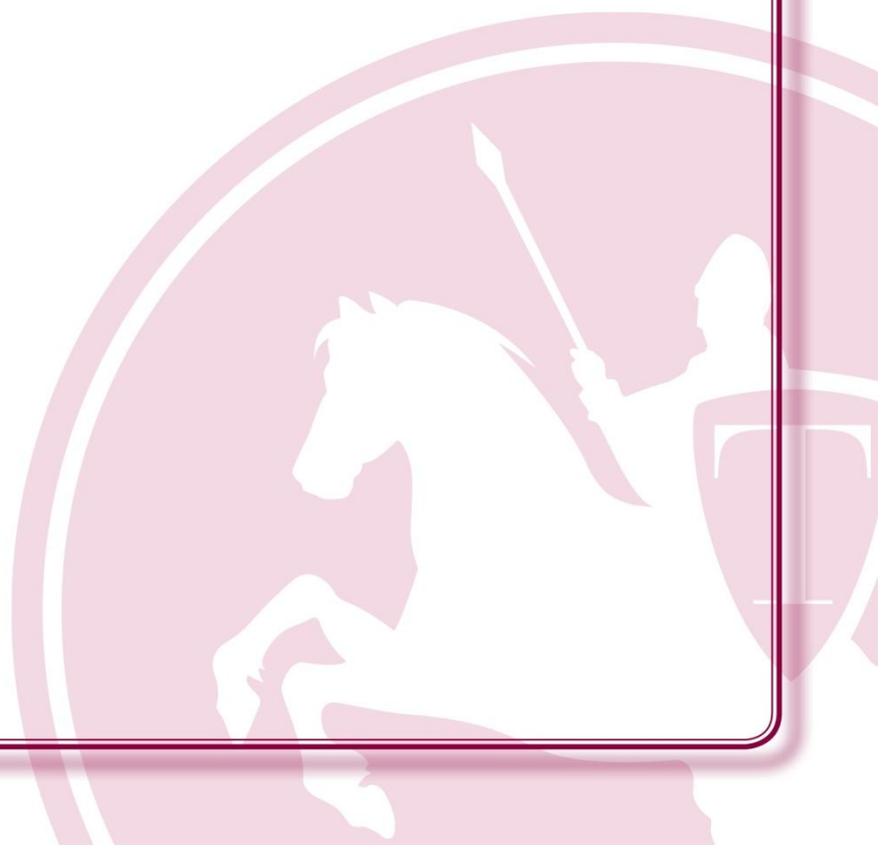




TADDIA[®]
— group —

dal 1990 la Sicurezza del Risarcimento

MANUALE



MANUALE PER CORSI DI FORMAZIONE PER AFFILIATI TADDIA GROUP

Indice

PAG.	3	DEFINIZIONI
PAG.	4	IL DANNO IN TUTTE LE SUE FORME
PAG.	7	IL DIRITTO AL RISARCIMENTO
PAG.	9	LIQUIDAZIONE DEL DANNO
PAG.	12	LA RESPONSABILITÀ CIVILE DERIVANTE DALLA CIRCOLAZIONE DEI VEICOLI
PAG.	15	IL FONDO VITTIME DELLA STRADA
PAG.	16	RIVALSA DEL DATORE DI LAVORO
PAG.	16	LA PRESCRIZIONE
PAG.	19	DIRITTO DI RIVALSA
PAG.	20	SINISTRI CAGIONATI CON DOLO O CON COLPA GRAVE
PAG.	21	IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
PAG.	23	INFORTUNI
PAG.	25	MALATTIE
PAG.	26	PROCEDURA PER UNA CORRETTA LIQUIDAZIONE DEL DANNO
PAG.	27	RESPONSABILITÀ CIVILE DEL MEDICO
PAG.	33	INFORTUNI SUL LAVORO
PAG.	34	MALATTIA PROFESSIONALE
PAG.	34	INFORTUNIO IN ITINERE
PAG.	34	I SOGGETTI RESPONSABILI DEGLI INFORTUNI E DELLE MALATTIE PROFESSIONALI
PAG.	35	I DIRITTI DEL LAVORATORE
PAG.	35	IL NESSO DI CAUSALITÀ
PAG.	36	ESONERO DI RESPONSABILITÀ EX ART. 10 DEL T.U.
PAG.	36	L'INDENNIZZO DEL DANNO BIOLOGICO DA PARTE DELL'INAIL
PAG.	36	DANNI RISARCIBILI: DANNO PATRIMONIALE E DANNO BIOLOGICO
PAG.	37	TERMINI DI PRESCRIZIONE E PROCEDURA DI RISARCIMENTO

Realizzato da Alessandro Taddia in qualità di Amministratore Unico di Taddia holding S.r.l. in collaborazione con Maria Stefania Taddia

Ultimo aggiornamento Maggio 2015

DEFINIZIONI

ACCERTAMENTO DEL DANNO: Procedimento mediante il quale si determina l'entità del danno, e se ne stabilisce l'equivalente pecuniario

AGENTE: Persona fisica o giuridica che, a proprie spese ed a proprio rischio, opera per la gestione di affari assicurativi (per lo più acquisizioni di polizze)

APNI: Associazione Professionale Nazionale Infortunistica.

ANIA: Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici.

ARBITRATO: È previsto contrattualmente dalle polizze di assicurazione infortuni e per i danni incendio e furto. In pratica ciascuna delle due parti nomina e paga il proprio perito o medico legale di parte. In caso di disaccordo fra i due viene nominato un terzo: l'arbitro. In particolare, in caso di divergenza tra Assicuratore e infortunato sulla natura e conseguenze delle lesioni, sul grado dell'invalidità e sulla durata dell'inabilità, le parti sono contrattualmente tenute a deferire la decisione della vertenza ad un Collegio Arbitrale di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo d'accordo fra i primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente dell'ordine dei Medici del luogo dove il Collegio deve riunirsi. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti con dispensa di ogni formalità di legge e sono obbligatorie per le parti, anche se uno dei medici si sia rifiutato di firmare il verbale conclusivo. È nella facoltà del Collegio di rinviare (se ritenuto opportuno) l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro tre giorni con possibilità, in tal caso, di concedere un anticipo sull'indennità accertata.

AVVISO DI SINISTRO (Denuncia) L'avviso di sinistro, con le indicazioni della data, luogo e causa dell'evento, corredato da certificato medico, deve essere inoltrato all'Assicuratore entro i termini temporali indicati dal contratto (tre giorni) dal momento del fatto o dal momento in cui l'infortunato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità (art. 1913 C.C.). La certificazione medica, a cui il danneggiato dovrà attenersi in caso di prescrizioni e di cure, dovrà pervenire all'Assicuratore in un periodo successivo all'avvenuta guarigione che viene sancita dal certificato definitivo.

ASSICURATO: La persona che, a seguito del pagamento di un premio, si garantisce un indennizzo a proprio favore o verso terzi in caso di incidente.

ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA: Assicurazione di R.C. (responsabilità civile) per la circolazione dei veicoli a motore e dei natanti istituita con legge 24 dicembre 1969 n° 990, modificata con D.L. del 23 dicembre 1976 N° 857 e convertita in legge del 26 febbraio 1977 N° 39, nonché D. Lgs 7 settembre 2005 n. 209 (G.U. 13/10/2005 n. 239 – Codice delle assicurazioni).

La novità fondamentale introdotta è che l'assicurazione non ha effetto se la circolazione del veicolo è avvenuta contro la volontà del proprietario, acquirente con riservato dominio, o locatario per i casi di locazione finanziaria.

BONUS MALUS: Sconto riconosciuto all'assicurato in base ad un andamento favorevole del rischio. Di conseguenza si applicano aumenti di tariffa in caso di uno o più sinistri.

BROKER: Mediatore di assicurazioni che esercita attività rivolta a mettere in contatto varie assicurazioni con soggetti che intendono assicurarsi.

CARTA VERDE: Documento attestante l'efficacia dell'assicurazione della responsabilità civile verso terzi per i danni causati dalla circolazione del veicolo nel territorio dei Paesi aderenti alla convenzione internazionale.

CATASTROFE: Avvenimento che provoca contemporaneamente danni a più persone e/o cose.

COASSICURAZIONE: Ripartizione del rischio fra più assicuratori

CONSULENZA TECNICA D'UFFICIO: (C.T.U.) Mezzo sussidiario di prova a disposizione del giudice.

Il C.T.U. è un ausiliario del giudice al quale il giudice fa ricorso per avere chiarimenti tecnici. La nomina del C.T.U. è regolata dal codice di procedura civile. Consulenti tecnici di parte possono intervenire nelle operazioni del C.T.U.

CONTRAENTE: Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione. Può coincidere con l'assicurato.

DENUNCIA: Avviso all'assicuratore dell'accadimento di un sinistro. Deve essere dato nei termini e con le modalità prescritte dalla legge e dal contratto di assicurazione.

DIARIA: Somma che viene corrisposta per ogni giorno di inabilità lavorativa temporanea.

DOLO: Intenzionalità di cagionare un danno ingiusto.

FERMO TECNICO: Per fermo tecnico si intende il tempo occorrente per la riparazione del veicolo stesso relativamente alle ore di manodopera.

IL PREMIO: Il premio costituisce il corrispettivo dovuto dal contraente per il rischio assicurato e viene calcolato su basi probabilistiche.

Il contratto può prevedere il pagamento di un premio unico o il pagamento di premi periodici, cioè di premi che scadono (devono essere pagati) all'inizio di ciascun periodo assicurativo.

INCAPACITÀ INABILITÀ TEMPORANEA: È l'incapacità di attendere al lavoro (specifico o generico) per un periodo determinato.

INVALIDITÀ PERMANENTE: Indebolimento permanente di un organo o di un arto.

KASKO: Assicurazione riguardante i danni materiali e diretti riportati dal veicolo assicurato.

MASSIMALE: Somma fino a concorrenza della quale l'assicuratore assume la garanzia in base ad un contratto di assicurazione, per un unico sinistro o per sinistri in serie.

PREMIO: Somma di denaro dovuta dal contraente all'assicuratore.

PRESCRIZIONE: La prescrizione provoca l'estinzione di un diritto quando lo stesso non viene esercitato in un dato tempo.

PROVVISIONALE: Acconto disposto dal giudice a favore del danneggiato nelle more del procedimento di liquidazione definitiva del danno da questo subito.

QUIETANZA: Documento attestante il ricevimento di una determinata somma per uno specifico titolo. Dicesi liberatoria quando attesta l'avvenuta soddisfazione del danneggiato, ed una volta firmata esclude la possibilità di qualsiasi ricorso.

SCOPERTO E FRANCHIGIA: Il concetto di scoperto contrattuale è simile a quello previsto dall'art. 1907 C.C., ma espressamente richiamato dal contratto.

Una quota proporzionale di danno, espressa quindi in percentuale, resta comunque a carico dell'assicurato.

Anche la franchigia, determinata in una cifra fissa, è un importo che resta a carico dell'assicurato.

In talune polizze è prevista la fissazione di una percentuale (franchigia) di invalidità permanente per la quale l'Assicuratore indennizza solo le invalidità che siano superiori a tale percentuale.

Si distinguono:

Franchigia Assoluta

per cui, in caso di menomazioni che comportino una percentuale di invalidità permanente superiore al limite indicato, l'Assicuratore pagherà solo la differenza tra le due percentuali.

Franchigia relativa

per cui l'Assicuratore pagherà l'intera percentuale di invalidità, ove la percentuale d'invalidità sia superiore al limite indicato.

Anche nell'ipotesi di Inabilità temporanea può essere prevista l'applicazione della franchigia, sia assoluta che relativa, solo che l'entità della franchigia viene espressa in giorni anziché in percentuali.

TRANSAZIONE: Secondo l'art. 1965 del codice civile la transazione è il contratto con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite.

LA CAPACITÀ DI INTENDERE E DI VOLERE: Sono considerati incapaci di intendere e di volere tanto gli infermi di mente (incapacità naturale) quanto i minori (incapacità legale).
Del fatto commesso dagli incapaci risponde colui che è tenuto alla sorveglianza (art.2047 c.c.).

COLPA E DOLO: La regola generale in tema di responsabilità civile è rappresentato dall'art.2043 c.c. che cita "Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altrui un danno ingiusto obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno.

- 1) **DOLOSO** Comportamento di chi agisce prevedendo e volendo le conseguenze dannose
- 2) **COLPOSO** Comportamento di chi compie volontariamente l'azione, ma non prevede e non vuole l'evento dannoso.

La colpa è caratterizzata dai seguenti elementi:

NEGLIGENZA: Costituita da un comportamento privo della diligenza necessaria per prevedere ed evitare il danno

IMPRUDENZA: Contegno avventato-spericolato

IMPERIZIA: Riferito in particolare ad attività professionali che richiedono una speciale competenza.

IGNORANZA: Inosservanza di leggi o regolamenti; difetto di conoscenza delle norme che disciplinano quel dato comportamento.

INFORTUNIO: Evento dannoso, violento, imprevisto e imprevedibile dovuto a causa violenta che ne può determinare: la morte o l'incapacità temporanea o l'incapacità permanente ad effettuare un lavoro.

IL DANNO

Il danno è uno degli elementi essenziali del fatto illecito che induce responsabilità civile, cioè obbligo di risarcimento.

Nessuna obbligazione può nascere infatti, se non c'è danno.

Per danno deve intendersi la diminuzione subita da un bene tutelato dalla legge per causa di persona diversa dal titolare del bene stesso.

L'espressione Danno ha significato di danno patrimoniale - economico.

L'art 2059 c.c. relega il risarcimento dei danni non patrimoniali (moralì) ai soli casi determinati dalla legge.

Il danno deve essere certo e reale. Se il fatto illecito determina soltanto la possibilità di una perdita o faccia venire meno a probabilità di un guadagno, non ha cagionato un danno risarcibile.

Danno certo non vuol dire che debba essere presente ed attuale, basta la certezza che possa verificarsi in futuro.

La lesione deve essere attuale.

La manifestazione dannosa può aversi anche in futuro purché vi siano ragionevoli e fondate probabilità che essa si verifichi.

Questo concetto è intuitivo nel caso del minore che subisca una lesione i cui effetti in termini di mancato guadagno, si produrranno al momento in cui quest'ultimo inizierà una attività lavorativa.

Il danno economico andrà valutato con una proiezione prognostica al momento in cui si verificherà e anticipato con adeguati correttivi di cui parleremo al momento della liquidazione, andrà cioè attualizzato.

Principalmente i danni in materia di responsabilità civile si dividono in due categorie:

DANNI MATERIALI

Danni alle cose ad esempio:

il veicolo, il vestiario o gli oggetti personali di proprietà del danneggiato.

I danni alle cose vengono risarciti al prezzo di mercato che avevano al momento del sinistro.

DANNI FISICI

Sono tutti quei danni derivanti dalla lesione alla persona. Si dividono di solito in due categorie di danno:

IL DANNO DA INABILITÀ TEMPORANEA

IL DANNO DA INVALIDITÀ PERMANENTE

INABILITÀ TEMPORANEA

È la durata della malattia o dell'infortunio cioè il tempo effettivamente necessario a guarire dalle lesioni subite nel sinistro.

In questo periodo si ha diritto ad essere risarciti per il danno da lucro cessante (mancato guadagno). Per i lavoratori dipendenti, di tutte quelle indennità non corrisposte dal datore di lavoro,. Per i lavoratori autonomi in base a quanto denunciato al fisco nella denuncia dei redditi (mod. 740) con la possibilità di scegliere la denuncia migliore tra quelle già presentate negli ultimi tre anni.. In tutti e due i casi si aggiunge anche il danno biologico

INVALIDITÀ PERMANENTE

È la diminuzione della capacità fisica valutata in punti percentuali da un medico legale.

L'invalidità permanente è sempre risarcita come danno biologico oltre al danno specifico lavorativo, se effettivamente incidente sulla professione svolta (ad es. il dito perso da un pianista di professione) oltre al danno morale.

FORME DI DANNO

IL DANNO può manifestarsi in due forme: PERDITA SUBITA (danno emergente) o MANCATO GUADAGNO (lucro cessante)

1. PERDITA SUBITA

Ogni diminuzione che si determina nel patrimonio, distruzione di cose e valori, spesa per la loro riparazione o sostituzione, spese di cura, funerarie, perdita temporanea dei guadagni.

2. MANCATO GUADAGNO

Mancato accrescimento del patrimonio che il danneggiato avrebbe conseguito con la sua attività, danno futuro che deve avere radici di certezza e di grande probabilità.

Le due voci concorrono a formare e determinare il danno patrimoniale che è stato definito dalla Suprema Corte "una diminuzione del patrimonio anche per effetto delle spese sostenute per la ricostruzione delle cose ovvero indirettamente con la perdita o riduzione del reddito o con il venir meno di un'attesa di guadagno".

RISARCIMENTO DEL DANNO

Art. 1223 – Il risarcimento del danno per l'inadempimento o per il ritardo deve comprendere così la perdita subita dal creditore come il mancato guadagno, in quanto ne siano conseguenza immediata e diretta.

DANNI DIRETTI

- Danno da fermo o mancato lucro per il tempo delle riparazioni.
- Complicazioni aggravanti di una lesione per infezione sopravvenuta o concorso di condizioni patologiche preesistenti (quale può essere l'insorgenza di una complicazione broncopolmonare in caso di stato di immobilità).

DANNI INDIRECTI

- Fallimento per l'impedimento ad attendere ad affari per lesioni da fatto altrui.
- Sottrazione ad opera di ignoti del veicolo coinvolto in un sinistro.

DANNO BIOLOGICO

Qualsiasi alterazione temporanea o permanente dello stato di salute della persona. Il danno alla persona per lesioni di lieve entità è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti, visivamente o strumentalmente, accertata l'esistenza della lesione.

È un danno completamente indipendente dalla capacità produttiva del danneggiato. Il risarcimento del danno biologico È molto complesso, e varia da città a città.

In quanto danno evento consistente nella lesione in sé, il danno biologico va liquidato con criteri uniformi, con la necessaria flessibilità ed elasticità, in funzione della gravità delle conseguenze e dell'età del leso.

Quando parliamo di danno biologico intendiamo riferirci sia al danno da inabilità temporanea che a quello di invalidità permanente.

Quanto al primo oltre la lesione in sé, proprio per le caratteristiche e le valenze di cui abbiamo parlato, nella fase liquidativa deve essere valutato ed ovviamente verificato l'obiettivo peggioramento della qualità della vita nelle sue componenti relazionali e di manifestazione della personalità del danneggiato.

Il danno biologico, per la sua centralità, ricomprende in sé qualsiasi danno alla persona ad eccezione del danno patrimoniale vero e proprio, e del danno morale soggettivo.

Così, oltre alla lesione dell'integrità fisica che comporti diminuzione anche della validità biologica, esso comprende il danno alla vita di relazione, alla sfera sessuale, il danno estetico (che non rappresenti una reale compromissione della capacità lavorativa specifica), il danno alla capacità lavorativa generica. La prassi dei giudici di pace e dei tribunali di liquidare automaticamente il danno da inabilità in misura corrispondente alla durata della malattia o della incapacità generica a svolgere le ordinarie occupazioni, dovrebbe essere contrastata con la richiesta di prova in ordine alla effettiva impossibilità di sviluppare le potenzialità vitali e sociali dell'infortunato.

Per ciò che riguarda, invece, il danno da invalidità permanente alcuni Tribunali hanno elaborato tabelle di valori "a punto", che consentono di effettuare il calcolo con rapidità e trasparenza.

È tuttavia consentito, nell'ambito della discrezionalità del giudice, il ricorso, in via equitativa, alle tabelle di capitalizzazione e al reddito calcolato sulla base del "triplo della pensione sociale".

Dal 04/04/2001 è entrata in vigore la **legge 57/01** (poi art. 139 cod. assicurazioni) che stabilisce criteri uniformi per tutta Italia per la valutazione del danno biologico fino al 9% di invalidità permanente.

Per le menomazioni che vanno da 10 punti % fino a 100 punti % l'art. 138 del codice delle assicurazioni prevede l'introduzione di una tabella unica nazionale, la quale sarà deliberata con D.P.R., previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del ministro della salute, di concerto con il Ministro delle attività produttive.

Tale sistema sostituirà quello delle tabelle approvate dal singolo Tribunale o Corte di Appello, il tutto al fine di garantire un'uguaglianza sostanziale e formale dei cittadini italiani residenti in diverse zone d'Italia.

I parametri e coefficienti saranno stabiliti in relazione all'età e al grado di invalidità. Gli importi saranno aggiornati annualmente in relazione all'indice ISTAT (art. 138 c. 4 codice delle assicurazioni).

DANNO PATRIMONIALE (art. 137 codice delle assicurazioni)

Se il danno alla persona, nella duplice componente di invalidità temporanea o permanente, incide su un reddito da lavoro comunque qualificabile, per il lavoratore dipendente si determina sulla base del reddito di lavoro, maggiorato dei redditi esenti e al lordo delle detrazioni e delle ritenute di legge, che risulti il più elevato tra quelli degli ultimi tre anni; per il lavoratore autonomo, invece, si determina sulla base del reddito netto che risulti il più elevato tra quelli dichiarati da danneggiato, ai fini dell'imposta sul reddito delle persone

fisiche, negli ultimi tre anni, oppure da apposita certificazione rilasciata dal datore di lavoro ai sensi di legge.

Il risarcimento del danno patrimoniale non può comunque essere inferiore al triplo della pensione sociale annualmente stabilita dal Legislatore.

DANNO MORALE

Racchiude tutte le ansie e le sofferenze conseguenti alle lesioni subite.

Si liquida con una percentuale variabile del danno biologico che varia dal 20% al 60%. Fino a poco tempo fa il danno morale veniva risarcito solo in presenza di prova certa di responsabilità penale, e quindi in presenza di reato. Successivamente l'evoluzione giurisprudenziale, ed in particolare l'orientamento del novembre 2008 sembrava porre un freno al riconoscimento del predetto danno morale in quanto, dai giudici di legittimità, veniva considerato come duplicazione di risarcimento, specie nelle ipotesi di lesioni micropermanenti (da 1 a 9%). In realtà le pronunce successive dei giudici di pace, nonché del tribunale, hanno ritenuto che il danno morale rappresenta una voce di danno meritevole di tutela e quindi di risarcibilità. Il tutto si inquadra nell'ambito degli interessi costituzionalmente garantiti quali appunto il "bene-salute" (art. 32 Cost.). L'unica differenza rispetto alla giurisprudenza antecedente al 2008 sta nel fatto che il danno morale dovrà essere ricompreso necessariamente nel danno biologico come un unicum imprescindibile. Cambia quindi solo la modalità di calcolo. Sarà onere del Giudice di verificare il tipo, nonché l'intensità di patimento morale del danneggiato, a seguito della lesione ricevuta. Ecco quindi che il Giudice deve necessariamente procedere ad una personalizzazione del danno morale. Saranno in futuro predefinite apposite tabelle in base alle quali la percentuale di danno morale sarà automaticamente ricompresa nell'invalidità permanente. In attesa della stesura delle predette tabelle si dovrà continuare a calcolare il danno morale come percentuale del danno biologico.

DANNO MORALE SOGGETTIVO

Consiste nel dolore, nella sofferenza fisica e psichica, provocata dalla lesione e che continua ad essere regolato dall'art. 2059 c.c. e 185 c.p.

DANNO PATRIMONIALE DA INVALIDITÀ PERMANENTE

È un danno eventuale che potrebbe esserci come conseguenza dei postumi residuati. Il danneggiato dovrà quindi dimostrare che tale danno si trova in nesso di causalità con i postumi che è conseguenza del fatto illecito e dovrà quantificare la presumibile perdita economica futura (lucro cessante).

Non è sufficiente che il danneggiato alleggi un reddito di lavoro dipendente o autonomo per assumere l'esistenza di danno patrimoniale.

Occorrerà al contrario che il danneggiato dimostri adeguatamente l'effettiva incidenza della lesione sul suo reddito e cioè la reale, effettiva diminuzione di guadagno.

IL DIRITTO AL RISARCIMENTO

Quando si parla genericamente di danno, e quindi del risarcimento del danno, si deve far riferimento a **quanto dispone l'art.1223 c.c.** che prevede che il danno risarcibile deve comprendere tutte le perdite subite dal creditore-danneggiato "in quanto ne siano conseguenza diretta ed immediata" del fatto dannoso.

La legge prevede quindi la risarcibilità di tutti quei danni che si ricollegano in modo immediato e diretto all'atto dannoso.

La giurisprudenza, superando, l'insufficiente criterio legislativo, è giunta a dichiarare che i danni devono anche essere risarciti quando sono immediati ed indiretti, purché ricollegabili, in forza del principio della cosiddetta regolarità causale al fatto dannoso.

IL RISARCIMENTO

È l'obbligo che consegue all'illecito civile. Nella sua accezione etimologica, sta a significare ricostruzione, riparazione materiale, restituzione della cosa danneggiata nello stato in cui si trovava prima del fatto.

La forma ideale del risarcimento sarebbe costituita dal risarcimento in forma specifica, dalla restituzione in pristino (art. 2058 c.c.), purché essa risulti in tutto o in parte possibile e non sia eccessivamente onerosa per il debitore.

Diversamente verrà assegnata al creditore una somma di denaro corrispondente alla perdita economica (risarcimento per equivalente).

Il risarcimento è poi completato dagli interessi che integrano il capitale compensando della perdita che deriva dal mancato uso e godimento del capitale stesso.

Intervenendo in un'annosa diatriba, la Suprema Corte a Sezioni Unite con sentenza del 22/4/94 depositata il 17/2/95 n. 1712 ha risolto la questione del cumulo tra interessi e rivalutazione stabilendo che, nel caso in cui la somma di denaro sostituisce un bene perduto o danneggiato, il lucro cessante, costituito dalla perdita della possibilità di far fruttare la somma, si può liquidare sotto forma di interesse, ad un tasso che non è necessariamente quello legale, non suscettibile di svalutazione.

Gli effetti della rivalutazione potranno aversi soltanto indirettamente con riferimento al capitale iniziale che si rivaluta gradualmente nel tempo, anno per anno, per effetto della applicazione dei coefficienti periodici di svalutazione.

È appena il caso di ricordare che gli interessi legali erano del 5% fino al 15/12/1991; con effetto 16/12/91 furono portati al 10% e a decorrere dall'1/1/97 riportati al 5%.

Dal 01/01/1999 gli interessi legali sono del 2,5%.

In questa situazione sembra sostenibile la tesi di chi sostiene che il tasso di interesse legale comprende la svalutazione maturata nell'anno e che quindi, abbandonata la distinzione tra debito di valore e debito di valuta, la liquidazione del danno con l'aggiunta degli interessi legali comprende anche il danno da svalutazione monetaria, salva la prova del maggior danno che il creditore è tenuto a dimostrare.

Sono risarcibili solo i danni che siano conseguenza diretta ed immediata del fatto colposo.

Non contrasta con la dizione di danno futuro, giacché non attiene al tempo ma alla causalità.

Praticamente sono dovuti solo i danni derivati dal fatto lesivo per sua intrinseca virtù a produrli.

Non sono invece dovuti quei danni che sono una conseguenza mediata e indiretta, in quanto fra la lesione e la manifestazione dannosa vi è interposizione di altre cause estranee ed estrinseche.

VALUTAZIONE EQUITATIVA (art. 1226 c.c.)

Il danneggiato deve normalmente provare l'esistenza e l'esatto ammontare del danno.

Tuttavia qualora l'ammontare di certa parte di danno (spese funerarie, di vitto, trasporto, assistenza, ecc.) risulti di difficoltosa dimostrazione, il giudice può **valutare il danno in via equitativa (art. 1226 c.c.)**.

L'equità non deve supplire all'onere della prova, ma solo sopperire alla difficoltà o impossibilità della prova.

È un criterio giuridico suppletivo del merito, non del diritto.

Art. 1226 – Se il danno non può essere provato nel suo preciso ammontare, è liquidato dal giudice con valutazione equitativa

CONCORSO PER IL FATTO COLPOSO DEL CREDITORE

Art. 1227 – Se il fatto colposo del creditore ha concorso a cagionare il danno, il risarcimento è diminuito secondo la gravità della colpa e l'entità delle conseguenze che ne sono derivate.

Il risarcimento non è dovuto per i danni che il creditore avrebbe potuto evitare usando l'ordinaria diligenza.

VALUTAZIONE DEI DANNI

Art. 2056 – Il risarcimento dovuto al danneggiato si deve determinare secondo le disposizioni degli articoli 1223, 1226 e 1227 c.c.

Il lucro cessante è valutato dal giudice con equo apprezzamento delle circostanze del caso.

IL NESSO DI CAUSALITÀ (art. 2043 c.c.)

Fra azione e danno deve sussistere una relazione di dipendenza causale.

Consiste nel collegamento tra la condotta della gente e il danno che deve essere immediato e diretto (ad es. lesione subita da pedone investito ad opera di automobilista :danno diretto).

Mancando tale rapporto il danno non può farsi risalire al comportamento, sia pure colposo, del soggetto ,ad esempio (una persona investita che non ha subito lesioni, viene portato in un bar per riprendersi e viene travolto dallo scoppio della macchina del caffè: danno indiretto).

Nella fattispecie bisogna anche dimostrare il nesso causale fra i danni subiti dall'auto e danni fisici riportati. È quantomeno strano ma non indimostrabile che un danno di € 258,23 all'auto comporti come conseguenza un danno fisici anche rilevante.

RESPONSABILITÀ NEI CONFRONTI DEL TERZO TRASPORTATO

(ART.141 codice delle assicurazioni)

Il terzo trasportato, salvo che il sinistro non sia cagionato da caso fortuito, può chiedere i danni direttamente all'impresa assicuratrice, nonché al proprietario del veicolo su cui era trasportato al momento del sinistro, a prescindere dall'accertamento della responsabilità dei conducenti coinvolti.

Resta fermo il diritto al maggior risarcimento del danno verso l'impresa dell'effettivo responsabile civile. Tale regola non si applica nel caso in cui in un sinistro siano coinvolti più di due veicoli.

TERREMOTO, GUERRA, INSURREZIONE, TUMULTI POPOLARI

Art. 1912 - Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari - *Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.*

L'assicuratore non è tenuto a corrispondere l'indennizzo pattuito allorché i danni coperti dall'assicurazione derivino da eventi «eccezionali», quali terremoti, guerra, insurrezione o tumulti popolari (la dottrina, comunque, non ritiene che tale elencazione possa considerarsi tassativa in senso assoluto, comprendendovi anche eruzioni vulcaniche, inondazioni, cicloni ed analoghi fenomeni); si tratta, come intuibile, di eventi capaci di per sé di una forza distruttiva gravissima, tale da, inevitabilmente, danneggiare considerevolmente, se non distruggere, i beni che si volessero assicurare, e difficilmente prevedibili.

La norma, comunque, per espressa ammissione del legislatore, è derogabile, consentendo così alle parti di estendere la copertura assicurativa anche ai danni cagionati da simili eventi.

LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO IN MATERIA DI RESPONSABILITÀ CIVILE

Per una quantificazione completa di un eventuale risarcimento in sede di R.C.A. si dovranno prendere in considerazioni le seguenti voci:

DANNI MATERIALI O A COSE

I danni materiali sono rappresentati da tutte quelle diminuzioni patrimoniali che incidono negativamente sui beni del danneggiato, sia beni presenti che beni futuri.

Il **danno al veicolo** può essere richiesto quando il valore del veicolo sia superiore al valore della riparazione (in questo caso si parla di **danni economici**). Al contrario, quando l'ammontare della riparazione supera il valore del veicolo, in tal caso si è davanti ad una riparazione **antieconomica**, pertanto sarà risarcito il valore auto al momento antecedente il sinistro, detratto il valore del relitto. Inoltre, si potrà richiedere il rimborso di una somma di denaro pari ad € 400/450 a titolo di reimmatricolazione di veicolo simile, il bollo auto non goduto, la spesa di traino e soccorso stradale, l'eventuale rimborso dell'impianto GPL (ove non fosse riutilizzabile su altro veicolo simile) per un valore forfettario di € 500/700.

La durata del fermo tecnico si determina sommando i tempi di lavorazione arrotondando alla giornata intera (usualmente le ore riportate nelle perizie o nelle fatture / 8, senza tenere conto delle operazioni effettuate contemporaneamente da più operai).

Altra voce risarcibile riguarda il cosiddetto **"fermo tecnico"**, ossia un risarcimento nel risarcimento! Infatti il fermo tecnico è costituito da una somma di denaro che viene corrisposta al danneggiato in relazione alla indisponibilità della vettura per le ore occorse per la riparazione in carrozzeria. Alternativamente al fermo tecnico sarà corrisposta la spesa per il **nolegg**io di un'autovettura sostitutiva (comunque relativo ad un periodo antecedente la data della fattura di riparazione del veicolo), la cui spesa dev'essere giustificata da una ricevuta o una fattura. Da ultimo analizziamo il **F.R.A.M., ovvero il "Fermo per il Recupero di Analogo Mezzo"**, che si liquida forfettariamente, anche se molte volte viene limitato a veicoli di grosso valore.

Qualora il danneggiato trasporti oggetti personali quali occhiali, telefonini, computer, etc., si potrà richiedere alla Compagnia il risarcimento danni per il corrispondente valore di mercato degli stessi. È opportuno infatti chiedere al proprio assistito o fatture e ricevute d'acquisto (qualora le cose siano state acquistate nell'imminenza del sinistro) o comunque farsi fare una stima del valore dei predetti beni, magari procurandosi anche le fotografie degli oggetti danneggiati.

DANNI FISICI - INABILITÀ TEMPORANEA (totale o parziale)

È la durata della malattia o dell'infortunio cioè il tempo effettivamente necessario a guarire dalle lesioni subite nel sinistro.

In questo periodo si ha diritto ad essere risarciti per il danno da lucro cessante (mancato guadagno). Per i lavoratori dipendenti, di tutte quelle indennità non corrisposte dal datore di lavoro,. Per i lavoratori autonomi in base a quanto denunciato al fisco nella denuncia dei redditi (mod. 730) con la possibilità di scegliere la denuncia migliore tra quelle già presentate negli ultimi tre anni.. In tutti e due i casi si aggiunge anche il danno biologico

DANNI FISICI - INVALIDITÀ PERMANENTE

È la diminuzione della capacità fisica valutata in punti percentuali da un medico legale.

L'invalidità permanente è sempre risarcita come danno biologico oltre al danno specifico lavorativo, se effettivamente incidente sulla professione svolta (ad es. il dito perso da un pianista di professione) oltre al danno morale.

SPESE SOSTENUTE

Oltre ai danni sopra citati vanno risarcite tutte le seguenti spese:

1. Assistenza da parte di terzi
2. Cure
3. Interventi chirurgici
4. Esami specialistici e radiografie
5. Spese farmaceutiche
6. Spese di trasporti ambulatoriali e ospedalieri
7. Assistenza medico-legale
8. Protesi limitate nel tempo

IL MODULO CAI

Dal 1/02/2007 è entrata in vigore la nuova procedura di liquidazione danni CID (Convenzione Indennizzo Diretto). Tale procedura prevede che la Compagnia demandata alla valutazione,

stima e liquidazione dei danni materiali e fisici del solo conducente, entro il 9% di Invalidità Permanente, sia la Compagnia dell'assicurato stesso danneggiato. Tale procedura prevede alcune condizioni tassative di applicabilità, che sono:

- 1- I sinistri devono essere avvenuti dal 1/02/2007 in poi;
- 2- I veicoli coinvolti nel sinistro non possono essere più di 2, con targhe italiane, ed in tal senso deve ritenersi inapplicabile la procedura anche nel caso in cui a seguito della collisione dei due veicoli, uno di essi finisca contro un terzo veicolo anche se in sosta, o danneggi ad esempio un muretto o un cancello appartenenti ad un terzo soggetto.
- 3- Non si applica per sinistri che coinvolgono mezzi agricoli o ciclomotori con vecchia targa (cioè quelli antecedenti al nuovo sistema di targatura previsto dal D.P.R. 6/03/2006, n°.153).

I tempi cui le compagnie sono assoggettate per poter effettuare la fase di istruzione e liquidazione delle varie voci di danno, sono i seguenti:

- 1- GG.30, dal ricevimento della denuncia, nel caso di sinistro con soli danni materiali al veicolo e a cose e con firma congiunta sull'apposito modulo blu.
- 2- GG.60, dal ricevimento della denuncia, nel caso di danni materiali al veicolo e a cose, nel caso di modulo firmato da una sola delle parti.
- 3- GG.90, dal ricevimento del certificato di chiusa malattia, nel caso di lesioni del solo conducente uguali o inferiori al 9% di I.P.

Dalla consegna della quietanza debitamente firmata e correlata dalle fatture delle varie spese ripetibili (fattura di riparazione auto, fattura per auto sostitutiva o fermo tecnico, fatture di riparazione per cose trasportate danneggiate, spese mediche per medicinali, mezzi di contenzione o terapie riabilitative, fattura del medico legale di parte nostra ecc.), la Compagnia ha GG.15, per procedere al pagamento, trascorsi i quali, senza che sia avvenuto il pagamento, è passibile di sanzioni da parte dell'Organo di Controllo ISVAP.

Per quanto riguarda terzi trasportati lesionati, la richiesta e la futura gestione del sinistro va riferita alla Compagnia del vettore.

NOVITÀ IN TEMA DI RC AUTO

A seguito dell'entrata in vigore del decreto legislativo 24 gennaio 2012 n. 1 recante "Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività", di seguito Vi segnaliamo le novità salienti.

Art.148 - codice assicurazioni private: Per i sinistri con soli danni a cose, la richiesta di risarcimento deve recare l'indicazione del codice fiscale dell'avente diritto, l'indicazione del luogo del giorno e delle ore in cui le cose danneggiate sono disponibili PER NON MENO DUE GIORNI non festivi, per l'ispezione diretta ad accertare il danno. Entro 60 giorni la compagnia potrà formulare offerta reale (nel caso di cid monofirma), ovvero comunicare le ragioni di rigetto. Tale termine scende a 30 giorni nel caso di modello cai a doppia firma.

Il danneggiato potrà procedere alla riparazione solo dopo il termine necessario per consentire le operazioni di valutazioni (quindi tra il secondo giorno ed il sessantesimo o trentesimo). Entro tale termine dovranno chiudersi le operazioni di ispezione dei danni materiali da parte della compagnia.

Qualora le cose danneggiate non siano state messe a disposizione da parte del danneggiato nei termini previsti sopra oppure sia stata riparata la vettura prima dell'ispezione, l'impresa assicuratrice effettuerà le proprie valutazioni ai fini dell'offerta solo previa presentazione della fattura di riparazione che attesti gli interventi riparativi effettuati. Resta fermo il diritto dell'assicurato al risarcimento anche qualora ritenga di NON procedere alla riparazione.

Art.135 lett a) comma 3 bis: viene introdotta una banca dati testimoni e danneggiati. La banca dati verrà consultata inserendo i codici fiscali dei testimoni o dei danneggiati. Quindi è opportuno farsi dare i codici fiscali.

Art.139 CDA: introduzione del comma 3 relativo all'accertamento delle lesioni fisiche: il danno alla persona per lesioni di lieve entità è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti, visivamente o strumentalmente, accertata l'esistenza della lesione.

Art.150 bis: è fatto obbligo alla compagnia di assicurazioni di risarcire il danno derivante da furto o incendio di autoveicolo, indipendentemente dalla richiesta di rilascio del certificato di chiusura inchiesta, fatto salvo da quanto disposto dal comma 2.

Comma 2: nei procedimenti giudiziari nei quali si procede per il reato di cui all' art.642 cod pen., 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 chiusura inchiesta.

Inoltre, nel momento in cui occorre fare una richiesta danni materiali è obbligatorio inserire nelle richieste danni il codice fiscale, indicare giorno data e ora in cui le vetture sono a disposizione della compagnia, non far riparare prima dell'ispezione del perito e se si fa riparare prima occorre la fattura.

Da ultimo, per i danni fisici, in particolare per i rachidi cervicali, bisogna parlare con i medici onde capire come si può provare di aver subito la distrazione del rachide cervicale.

LA RESPONSABILITÀ CIVILE DERIVANTE DALLA CIRCOLAZIONE DEI VEICOLI

Il legislatore nell'ipotesi di danno causato dalla circolazione dei veicoli ha disposto l'inversione dell'onere della prova aggravato da un dovere di diligenza particolare (aver fatto tutto il possibile per evitare il danno), mentre rimarrà a carico del danneggiato la prova di aver subito un danno ricollegabile alla condotta del danneggiante, avremo quindi tre casi:

- a) il conducente è presunto responsabile se non prova di aver fatto tutto il possibile per evitare il danno;
- b) al conducente si affianca il proprietario: responsabilità solidale;
- c) proprietario e conducente non possono scagionarsi per i danni dovuti a vizi di costruzione o a difetto di manutenzione. Resta inteso che per difetti di costruzione il proprietario del veicolo potrà rivalersi nei confronti del rivenditore o del costruttore.
Particolare interesse assume nella previsione dell'art. 2054 c.c. l'ipotesi di mancata collisione tra veicoli.

La fattispecie rientra nelle situazioni di cui al primo comma dello stesso articolo.
Il danneggiato dovrà provare il fatto e il nesso di causalità tra il fatto e il danno.

CONTRATTO DI TRASPORTO E TRASPORTO DI CORTESIA

Il contratto di trasporto è un contratto a prestazioni corrispettive.

Il vettore si obbliga a trasferire la persona del viaggiatore (o le sue cose) da un luogo o un altro, il passeggero si obbliga a corrispondere il prezzo pattuito.

L'obbligazione principale dal vettore è quindi quella del trasferimento di una persona da un luogo ad un altro secondo le modalità concordate.

L'inadempimento, o l'inesatto adempimento, comporta una responsabilità contrattuale.

Il viaggiatore trasportato ha l'obbligo di pagare il costo del viaggio, il trasporto è quindi di regola un contratto oneroso.

A volte manca la prestazione corrispettiva del trasporto, costituita dal pagamento del prezzo, ma ciò nonostante si conclude tra le parti con la reciproca manifestazione del consenso, un contratto tipico di trasporto avente carattere di gratuità.

Il trasporto gratuito è quindi obbligazione a carattere contrattuale nella quale il vettore ha sempre un interesse o motivo (mediato o indiretto) giuridicamente rilevante a compiere la prestazione o l'attività di trasporto.

Vi sono casi in cui è difficile per l'operatore distinguere le due figure:

- è il caso del minore trasportato su un taxi senza supplemento di prezzo, se accompagnato da altro passeggero pagante (trasporto oneroso)
- o il caso del viaggiatore con biglietti omaggio (trasporto gratuito)
- o ancora il caso del datore di lavoro che trasporti lavoratori dipendenti (trasporto gratuito)

- Nettamente diverso è il trasporto amichevole nel quale il conducente non assume contrattualmente alcuna obbligazione, ma effettua il trasporto per pura liberalità (autostoppista)

Il trasporto di cortesia viene effettuato per mera condiscendenza, o per motivi privi di giuridico rilievo.

La distinzione è utile sotto due profili:

- quello della prescrizione (il meno importante) atteso che il trasporto gratuito è regolato dall'art. 1681 c.c. dal quale deriva un diritto che si prescrive in un anno, mentre il danno derivato da trasporto di cortesia si prescrive in due anni (se deriva da circolazione di veicoli senza guida di rotaie) o in cinque anni (fatto reato o relativo più lungo termine).
- Quello dell'onere della prova (importantissimo) poiché l'art. 1681 c.c. stabilisce una forte presunzione di colpa a carico del vettore (è sempre responsabile "se non prova di avere adottato tutte le misure idonee a evitare il danno)" mentre, al contrario, è applicabile, per costante giurisprudenza, la normativa di cui all'art. 2043 c.c.

Spetta in questo caso al trasportato fornire la prova della colpa del conducente per ottenere il risarcimento del danno, salvo il diritto di richiedere alla compagnia dell'altro veicolo coinvolto nel sinistro il risarcimento del maggior danno subito.

Le dichiarazioni a sé sfavorevoli rese dalla parte costituiscono "confessione" e quindi prova dei fatti, ma le confessioni rese dal debitore solidale non producono tale effetto sfavorevole nei confronti degli altri condebitori.

L'assicuratore, come è noto, è ritenuto corresponsabile, in un vincolo di solidarietà anomala, con l'assicurato, ma non essere pregiudicato dalle dichiarazioni sfavorevoli rese da chi, in sostanza, non avrà ripercussioni economiche.

IL DANNO DA MORTE

SOGGETTI LEGITTIMATI "IURE PROPRIO" O "IURE HEREDITATIS"

È ormai pacifico in dottrina e giurisprudenza che il diritto di agire per il risarcimento del danno da uccisione sia originario e cioè "iure proprio".

Legittimato quindi sarà qualunque soggetto (avente causa) possa vantare o provare di avere sofferto un pregiudizio immediato e diretto a causa del decesso del dante causa.

Il risarcimento cioè non è direttamente proporzionale al fatto di essere "erede" ma può essere preteso solo da chi possa documentare una compromissione patrimoniale ed al limite anche extrapatrimoniale con la prova di quella "affectio" che sta alla base di una pretesa di risarcimento per danno morale.

Il diritto al risarcimento, quindi, riguarda il pregiudizio direttamente provocato a coloro che con la vittima intrattenevano rapporti di affetto o di dipendenza economica o che ne hanno sopportato il danno emergente (spese funerarie).

Diversa sarà la situazione se il leso decede dopo un certo tempo a causa delle lesioni riportate.

In tal caso il diritto al risarcimento si trasmette agli eredi unitamente al patrimonio della vittima.

Partendo da questi presupposti una parte della dottrina e della giurisprudenza ha sostenuto la trasmissibilità iure hereditatis del danno biologico maturato in capo al defunto nel periodo intercorso tra la lesione e la morte.

SOGGETTI LEGITTIMATI ALL'AZIONE RISARCITORIA

A parte certe possibili eccezioni, il requisito di base per la legittimazione attiva al risarcimento è rimasto l'esistenza di uno stretto rapporto di parentela fra vittima e avente diritto.

La titolarità del diritto è stata riconosciuta anche al convivente "more uxorio".

Per effetto della Legge 19.5.75, istitutiva del nuovo diritto di famiglia, ci si è sempre più orientati a dare un valore anche alla "famiglia di fatto" elevando ad obbligazione naturale il dovere di reciproca assistenza tra conviventi "more uxorio".

Sono ammesse a tutela risarcitoria non solo le aspettative dei congiunti verso sovvenzioni attuali ma anche verso aspettative future e probabili, con la sola garanzia che si tratti di una possibilità di grado rilevante e non di pura eventualità (diritto dei genitori per la morte di un figlio – della congregazione religiosa per la morte di un confratello).

Tutto quanto premesso, potremmo concludere questo capitolo precisando che l'ambito della legittimazione ad agire per il risarcimento del danno da uccisione non può essere determinato a priori, ma la legittimazione andrà accertata caso per caso in base alle prove adottate di volta in volta dall'interessato, cosicché, al limite, potrebbe trovare ingresso la pretesa risarcitoria di un soggetto privo di qualsiasi legame di parentela, se adeguatamente provata, e magari venire escluso qualsiasi diritto anche di un prossimo congiunto, ove la situazione risulti chiarita in sede di istruttoria della causa (coniuge separato di fatto e che abbia rotto con la vittima ogni legame affettivo ed economico – figlio completamente disaffezionato verso i genitori – fratello totalmente disinteressatosi della vita e delle condizioni del deceduto).

IL DANNO NON PATRIMONIALE

Possiamo definirlo come l'insieme delle sofferenze psichiche e morali, dei patemi d'animo prodotti dal fatto illecito.

Tale tipo di danno potrà essere riconosciuto solo se ricorreranno i presupposti voluti dalla legge, previsti dall'art. 185 c.p. e cioè che il fatto illecito contenga ipotesi di reato.

Il che significa che non sarà necessaria una sentenza di condanna ma che il fatto possa anche in astratto essere riconoscibile come reato e quindi anche nei casi di morte del reo.

LEGITTIMAZIONE ATTIVA

La giurisprudenza tende a presumere l'esistenza di una particolare affezione e sostegno morale ed a circoscrivere, quindi, il novero dei legittimati ai prossimi congiunti (coniuge, figli, genitori, fratelli).

Per altri è richiesta una convincente prova di un solido legame affettivo la cui lesione quantifichi un risarcimento (nonno – convivente more uxorio – affiliato – matrigna).

Un accenno infine al problema del nascituro che non sembra possa vantare un diritto a vedersi liquidato tale danno per mancanza di titolarità in capo a chi non è ancora nato.

I DANNI PATRIMONIALI

Anche per il caso di morte il danno patrimoniale può assumere la doppia connotazione di danno emergente e lucro cessante.

Ma è quest'ultimo aspetto a rivestire particolare interesse in quanto il primo è circoscritto praticamente alle spese funerarie, di soccorso e assistenza sostenute dai familiari.

Si tratta praticamente di un danno patrimoniale futuro ravvisabile nella perdita o diminuzione di quei contributi patrimoniali o di quelle utilità economiche che presumibilmente, e secondo un criterio di normalità, il soggetto venuto meno prematuramente avrebbe apportato se il fatto illecito non si fosse verificato.

REDDITO DEL DE CUIUS E REDDITO UTILE

La liquidazione del danno patrimoniale subito da una famiglia a seguito della morte di uno dei suoi componenti richiede pertanto due calcoli distinti:

- Uno volto alla determinazione del reddito economico presumibilmente conseguibile dall'infortunato nel corso della sua vita lavorativa.
- L'altro diretto alla determinazione di quale parte di tale reddito sarebbe stata destinata agli aventi diritto.

Occorre, quindi, accertare quale fosse il reddito della vittima dal quale attingere somme da devolvere ai familiari e in quale misura fosse devoluto, se la prestazione fosse costante od occasionale, per quanto tempo prevedibilmente si sarebbe protratta, quale parte di quel reddito fosse destinata alle proprie spese e necessità.

Non dimentichiamo poi l'aspettativa dei superstiti di poter beneficiare degli eventuali risparmi che il defunto avrebbe costituito con la parte di reddito non destinato a se stesso ed ai suoi familiari, aspettativa ancorata all'istituto della successione necessaria.

Quanto alla determinazione del reddito da lavoro, riteniamo vada analogicamente applicata la regola prevista nell'art. 4 della Legge 39 e cioè dovremo tenere conto del reddito netto ricavabile dalla certificazione fiscale.

Non esistono ovviamente regole fisse per determinare la quota di reddito che il defunto avrebbe consumato per sé e quella che avrebbe devoluto al mantenimento degli aventi diritto. Potrà tuttavia aiutare un'indagine sulla situazione finanziaria complessiva, sulle abitudini, sulle particolari esigenze, sulla salute, età, attitudine al lavoro dei superstiti.

LE SINGOLE QUOTE

Ogni superstite potrà non fruire della stessa quota di reddito così come diversa sarà o potrebbe essere la durata della corresponsione.

Di regola per il coniuge si assume per l'intera durata della vita, mentre per i figli, salvo casi eccezionali, ai periodi di permanenza in seno al nucleo familiare di origine, per i genitori, per il periodo presumibile di convivenza o protratta in caso di bisogno per la residua vita, e decorrerà dalla morte se il figlio era già in attività lavorativa o dovrà essere ridotta per l'anticipazione in caso diverso.

CONIUGE CON PROPRIO REDDITO

Quando in un nucleo familiare concorrono più redditi, occorre individuare il reddito globale della famiglia e, all'interno di esso, le singole quote.

Nel caso di entrambi i coniugi occupati, entrambi fruivano dei rispettivi redditi e provvedevano insieme al mantenimento dei figli.

SPESE FUNERARIE

La risarcibilità di questo danno è oggi pacificamente ammessa così come vengono equamente riconosciute altre spese o perdite connesse direttamente all'evento mortale. Ovviamente è necessario che tali spese rientrino nella normalità e non si pretendano da parte degli aventi diritto rimborsi per loculi eccessivamente costosi o funerali al di fuori della norma.

FONDO VITTIME DELLA STRADA

È stato istituito dal legislatore al fine di intervenire, nei limiti dei massimali obbligatori, nei seguenti casi:

- a) sinistri causati da veicoli e/o natanti non identificati, per i danni alle persone ed alle cose con una franchigia di 500 Euro (solo in caso di danni gravi alla persona);
- b) sinistri causati da veicoli e/o natanti non assicurati, per i danni alle persone e alle cose risarciti integralmente;
- c) sinistri causati da veicoli e/o natanti assicurati con imprese poste in "liquidazione coatta amministrativa", sia per i danni alle persone che per i danni alle cose.
- d) sinistri causati da veicoli e/o natanti posti in circolazione contro la volontà del proprietario
d bis) sinistri causati da veicoli spediti nel territorio della Repubblica Italiana da un altro Stato dello Spazio Economico Europeo (paesi della U.E. più Islanda, Norvegia, Liechtenstein) avvenuti nel periodo intercorrente dalla data di accettazione della consegna del veicolo e lo scadere del termine di gg. 30.
d ter) sinistri causati da veicoli esteri con targa non corrispondente o non più corrispondente allo stesso veicolo.
- e) sinistri causati da veicoli stranieri le cui imprese assicuratrici non hanno mandatarî in Italia per la gestione del sinistro.

IMPORTANTE:

- nel caso "a" è necessario produrre la querela contro ignoti, le dichiarazioni dei testimoni e i rapporti delle autorità intervenute.
- Nel caso "b" occorre provare la scopertura assicurativa
N.B.: la richiesta danni dev'essere inviata alla CONSAP S.p.A. GVS (Servizio Fondo di garanzia per le vittime della strada – Via Yser 14 - 00198 Roma), nonché alla Compagnia delegata per regione in qualità di impresa designata dal Fondo di Garanzia Vittime della Strada

L'intervento del Fondo, nei casi sopracitati, è limitato al massimale di legge vigente al momento del sinistro (Euro 774.685,35).

La CONSAP provvederà a comunicare il nominativo della Impresa designata, individuata in base al luogo di accadimento del sinistro, alla quale va inviata una ulteriore richiesta di risarcimento danni, specificando che la stessa interviene in qualità di impresa designata F.G.V.S., ed in caso di mancata definizione transattiva, deve essere esercitata l'eventuale azione giudiziaria.

STIMA DEI RELITTI E DEI RECUPERI

Una riparazione si definisce antieconomica quando il costo del ripristino supera il valore commerciale che il mezzo aveva prima dell'evento dannoso. In questo caso il risarcimento verrà fatto per differenza dei valori (valore comm. – valore relitto).

La valutazione del valore commerciale o valore antisinistro viene effettuata servendosi delle valutazioni di mercato relative all'anno di immatricolazione del mezzo. Al momento viene fatta una media fra il valore di vendita e di acquisto del testo specializzato (Eurotax). Recenti sentenze hanno riconosciuto come indennizzabile anche un danno superiore al valore antisinistro (per la verità non di molto) se viene esibita la fattura delle riparazioni.

RIVALSA DEL DATORE DI LAVORO

È principio ormai consolidato che, allorché il datore di lavoro di un soggetto dipendente, rimasto coinvolto in un sinistro, sia costretto per legge o per contratto a corrispondere all'infortunato la retribuzione senza ricevere a causa dell'infortunio la prestazione lavorativa ad essa collegata, sussiste una perdita patrimoniale.

Più precisamente lo squilibrio che si crea in tali circostanze nell'ambito del rapporto di lavoro (squilibrio consistente nel fatto che il datore di lavoro, pur adempiendo all'obbligazione di pagare la retribuzione, non riceve la controprestazione dell'attività lavorativa del dipendente) costituisce un fatto dannoso che è conseguenza normale dell'illecito ed è dunque risarcibile.

Inoltre, il datore di lavoro, il quale nella fattispecie di cui è causa è titolare di un diritto "iure proprio" al risarcimento ed agisce nei confronti del responsabile avvalendosi della tutela stabilita dall'art. 2043 c.c. rientra certamente nella categoria dei soggetti "danneggiati" di cui all'art. 18.1 - L.990/69 in quanto il danno subito è ricollegabile al sinistro costituendone una conseguenza diretta e immediata.

LA PRESCRIZIONE

I diritti nascenti dal contratto infortuni (la norma vale per tutti i contratti assicurativi) si prescrivono in due anni (art. 2952). In ambito di polizza infortuni assume particolare rilevanza il "dies a quo", il giorno, cioè, dal quale decorre il termine di prescrizione.

Il codice parla genericamente di "fatto" e spetta all'interprete l'individuazione di ciò che si intende per fatto nella materia che ci interessa: in particolare, sulla base della definizione di infortunio, se per "fatto" si intenda l'evento (dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna), o invece la lesione (obiettivamente constatabile) o infine la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.

Valgono le norme generali sull'interruzione e sull'effetto interruttivo del riconoscimento del debito, con le precisazioni che seguono.

Non interrompono la prescrizione:

- le trattative e le proposte transattive
- gli accertamenti sulle modalità e le cause del sinistro
- le visite mediche
- la richiesta di certificati all'assicurato.

A meno che non intervengano in una fase successiva al decorso del termine prescrizionale.

Il pagamento di un acconto sulla liquidazione definitiva del danno non interrompe la prescrizione, salvo che non venga rinviata la lettera di prescrizione.

PRESCRIZIONE

È il termine dal quale il danneggiato può esercitare la richiesta danni ed esercitare il proprio diritto, a decorrere dalla manifestazione del fatto illecito.

I TRASPORTATI E LA PRESCRIZIONE

Salvo il termine più lungo per prescrizione, se il fatto costituisce reato (5 anni), il diritto dei trasportati a titolo negoziale (gratuito o oneroso), si prescrive in 1 anno (art. 1681 c.c.).

La prescrizione è di 2 anni se si tratta di trasportati a titolo di cortesia (ex art. 141 dlgs. 209/2005).

PRESCRIZIONE - (Tavola sinottica)

FATTISPECIE	TERMINE	DECORRENZA
Risarcimento del danno derivante da fatto illecito non costituente reato (art. 2947 c.c.)	Dal giorno in cui il fatto si è verificato	5 anni
Atto illecito per fatto da circolazione di veicoli	Dal fatto	2 anni
Atto illecito costituente reato procedibile	Dal fatto se la querela è stata presentata a querela di parte	5 anni
Malasanità	Dalla data dell'errore medico o da quando il danneggiato è venuto a conoscenza dei suoi effetti negativi	10 anni
RCT	Dal fatto	5 anni
Polizze infortuni varie	Dalla data in cui si è verificato l'infortunio	2 anni
Danni mortali da sinistro stradale	Dalla data di verifica del sinistro	2 anni
Danni mortali da malasanità	Dalla data in cui ne si è venuti a conoscenza	10 anni

SOSPENSIONE

Il nostro codice (artt. 2941 – 2942 C.C.) ha previsto delle cause che di fatto impediscono l'esercizio del diritto e danno luogo all'istituto della sospensione che è determinata da particolari rapporti esistenti tra le parti o per le condizioni del titolare.

La sospensione è paragonabile ad una parentesi con l'arresto del decorso senza far perdere efficacia allo stesso, di modo che il periodo decorso anteriormente si sommerà a quello futuro e successivo.

INTERRUZIONE

Consiste nel compimento di alcuni atti che fanno venir meno l'inerzia precedente e azzerano il termine prescrizionale. Ciò significa che dal fatto interruttivo inizia a decorrere un nuovo periodo di prescrizione.

Gli atti interruttivi si dividono in due categorie:

- quelli di esercizio del diritto da parte del titolare.
- quelli diretti al riconoscimento del diritto da parte del soggetto passivo del rapporto.

Del primo tipo, in particolare ricordiamo, fra gli altri:

- la notifica di un atto di citazione.
- la costituzione di parte civile in un processo.
- la domanda proposta nel corso del giudizio (riconvenzionale o di garanzia).
- qualunque atto che valga a costituire in mora il debitore (richiesta stragiudiziale, atto di diffida).
- Invio di lettera interruttiva della prescrizione mediante raccomandata A/R, nonché a mezzo di lettera di trattenimento in acconto di offerta reale.

Il riconoscimento del diritto si estrinseca in una manifestazione di volontà con cui il soggetto contro il quale il diritto può essere fatto valere, riconosce l'esistenza del diritto medesimo (Es: promessa di pagamento – domanda di dilazione del pagamento del proprio debito, versamento di un acconto).

Le trattative non sono atti interruttivi, così come non sono atti interruttivi le attività istruttorie.

le trattative per comporre bonariamente la vertenza, le proposte, le concessioni e le rinunzie fatte dalle parti a scopo transitorio, se non raggiungono l'effetto desiderato, non avendo come proprio supposto l'ammissione totale o parziale della pretesa avversaria e non rappresentando, quindi, riconoscimento del diritto altrui, ai sensi dell'art. 2944 C.C., non hanno efficacia interruttiva della prescrizione, né possono importare rinuncia tacita a far valere la prescrizione stessa, perché non costituiscono fatti incompatibili in maniera assoluta – senza cioè alcuna possibilità di diversa interpretazione – con la volontà di avvalersi della causa estintiva del diritto altrui, come richiesto dal disposto dell'art. 2937 c.c. – 3° comma. A tale proposito va però precisato che se tali attività vengono dopo che sono già maturati i termini di prescrizione, esse possono essere considerate attività incompatibili con la volontà di avvalersi della prescrizione stessa e in tal caso assumono la stessa valenza degli atti interrotti.

Sono determinanti incarichi di visita medica o, genericamente, di accertamento dei danni, o inviti a trattare dopo il decorso dei termini di prescrizione.

EFFETTI DELL'INTERRUZIONE

Gli atti interruttivi possono avere efficacia permanente o istantanea.

Iniziata la causa, il decorso dei termini, interrotto dall'atto introduttivo del giudizio, rimane sospeso (efficacia interruttiva permanente) fino al passaggio in giudicato della sentenza definitiva.

Per gli atti di natura stragiudiziale si deve invece parlare di efficacia istantanea cosicché il nuovo termine ricomincia a decorrere dalla stessa data dell'atto.

Agli atti di natura stragiudiziale sono equiparati gli atti giudiziali nulli.

PRESCRIZIONE e SOLIDARIETÀ

Art. 1310 – Gli atti con i quali il creditore interrompe la prescrizione contro uno dei debitori in solido, oppure uno dei creditori in solido interrompe la prescrizione contro il comune debitore, hanno effetto riguardo agli altri debitori o agli altri creditori.

La sospensione della prescrizione nei rapporti di uno dei debitori o di uno dei creditori in solido, non ha effetto riguardo agli altri.

Fra l'assicuratore e l'assicurato sussiste un'obbligazione solidale nei confronti del danneggiato e quindi l'atto interruttivo posto in essere dal danneggiato indirizzato solo ad uno dei soggetti tenuti al risarcimento estende i suoi effetti agli altri debitori.

Si tratta di una "solidarietà atipica".

Le rispettive obbligazioni nascono infatti da fonti diverse (legge e fatto illecito) e per l'assicuratore sono limitate al massimale.

PRESCRIZIONE E ASPETTI PROCESSUALI PENALI

Indichiamo le diverse prescrizioni in ipotesi di danno da circolazione ed in presenza di: **Sentenza penale** (di condanna – proscioglimento – istruttoria – dibattimentale).

2 anni dalla data in cui la sentenza è divenuta irrevocabile

10 anni se la parte lesa si è costituita parte civile.

Provvedimento di archiviazione

2 anni dalla data del fatto.

Remissione della querela (estingue il reato).

2 anni da quando il reato si è estinto.

Morte del reo

2 anni dal giorno della morte.

Amnistia (estingue il reato)

2 anni dalla data di entrata in vigore del decreto di clemenza.

In caso di costituzione di parte civile l'effetto interruttivo ha carattere permanente e si protrae fino alla conclusione del procedimento.

Il termine decorrerà quindi dal momento in cui la sentenza penale applicativa del beneficio non è più soggetta a impugnazione.

Prescrizione del reato

Deve essere dichiarato dal giudice ed il reato si estingue:

- se nel processo vi era stata costituzione di parte civile, la prescrizione biennale ricomincia a decorrere dalla data in cui la sentenza penale dichiarativa della prescrizione del reato diviene irrevocabile.
- se non vi è stata costituzione, l'estinzione del reato estingue anche l'azione civile e gli atti interruttivi della prescrizione penale non hanno effetto sul decorso della prescrizione civile.

Trattandosi di altre fattispecie di fatto illecito, i termini di cui sopra sono di 5 anni a decorrere dalle stesse date.

DIRITTO DI RIVALSA

L'art. 18 della legge 990 modificato con la L. 39 prevede che per l'intero massimale l'assicuratore non può opporre al danneggiato, che agisca direttamente, eccezioni derivanti dal contratto.

In presenza di eccezioni contrattuali di inoperatività della garanzia spetta all'assicuratore il diritto di rivalersi.

Questo nasce in capo all'Assicuratore dal momento in cui ha effettuato il pagamento e si prescrive in un anno.

La prescrizione annuale trova applicazione non solo per i diritti espressamente pattuiti e disciplinati nel contratto, ma anche per quelli disciplinati dalla legge in diretto collegamento con la regolazione contrattuale.

SINISTRI CAGIONATI CON DOLO O CON COLPA GRAVE

Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti - *L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.*

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle- quali l'assicurato deve rispondere.

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela di interessi comuni all'assicuratore.

L'assicurazione, come detto, tipico contratto aleatorio, comporta il trasferimento del rischio da un soggetto (assicurato o beneficiario) ad altro soggetto (assicuratore), verso il corrispettivo di un premio.

Il concorso del dolo o della colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario nel verificarsi dei sinistri, fa venire meno l'obbligazione indennitaria a carico dell'assicuratore. È, infatti, di tutta evidenza che l'alea del contratto di assicurazione sarebbe del tutto azzerata, laddove il verificarsi dell'evento dannoso, e, quindi, il sorgere della responsabilità dell'assicuratore, fossero liberamente determinati dal comportamento doloso - da intendersi come intenzionale - della controparte o del beneficiario del contratto. Analoga considerazione vale anche per l'ipotesi di colpa grave: incombe, dunque, una sorta di Onere di attenzione e di cura in capo al contraente/assicurato/ beneficiario, che, altrimenti, con la sua considerevole trascuratezza potrebbe cagionare il sinistro e far sorgere l'obbligo assicurativo dell'assicuratore. Tuttavia il legislatore, tenendo conto della differenza sostanziale tra l'ipotesi del dolo - intenzionalità dell'azione e delle sue conseguenze, quindi volontà di ledere l'assicuratore - e quella della colpa grave, in cui non è invece riscontrabile la precisa volontà di determinare il sinistro ed il relativo obbligo indennitario, non parifica in tutto i due casi. Mentre, infatti, l'assicuratore non è obbligato, se si tratta di dolo, invece, in caso di colpa grave, le parti possono stabilire che sorga ugualmente l'obbligo assicurativo. Del resto, poiché l'art. 1900 c.c. non è di per se norma inderogabile (non è considerata dall'art. 1932 c.c.), - tranne, come detto, il caso di dolo -, le parti possono variamente configurare l'obbligo indennitario dell'assicuratore, correlandolo alla responsabilità di volta in volta riscontrabile in capo all'assicurato. Per esempio, le parti potrebbero escludere l'obbligo dell'assicuratore anche in caso di semplice colpa, o, addirittura, di colpa lieve dell'assicurato, del contraente o del beneficiario. La clausola contrattuale che escluda l'indennizzabilità del sinistro anche per il caso di colpa lieve dell'assicurato assume valore limitativo della responsabilità dell'assicuratore, con la conseguenza che la sua efficacia è subordinata alla specifica approvazione per iscritto da parte dell'assicurato, ai sensi dell'art. 1341, secondo comma, c.c. Qualora la polizza di assicurazione, in deroga all'art. 1900 C.C., preveda espressamente l'obbligo dall'assicuratore per i sinistri causati da colpa grave del contraente assicurato, si deve ritenere che la colpa del beneficiario nella causazione del sinistro è soggetta alla disciplina legale, e, pertanto, costituisce causa di esclusione della garanzia assicurativa.

La colpa grave prevista dall'art. 1900, 1° comma, C.C., che esclude (salvo patto contrario) la responsabilità dell'assicuratore, non deve essere commisurata, come invece nella previsione dell'art. 1176, 2° comma, C.C., ad un particolare dovere di diligenza in relazione alla natura dell'attività svolta. La colpa grave dell'assicurato o del beneficiario che, a norma dell'art. 1900

C.C., esclude la garanzia assicurativa, si configura come un fatto impeditivo, che impedisce al fatto costitutivo (evento o sinistro) di operare secondo le previsioni della fattispecie legale e quindi deve essere dimostrata dall'assicuratore; quest'ultimo può assolvere tale onere con la produzione, nel giudizio civile, delle prove raccolte nel giudizio penale svoltosi nei confronti del beneficiario e nel quale l'assicuratore sia rimasto assente, in quanto siffatte prove, anche se hanno valore meramente indiziario, possono essere poste dal giudice a base della decisione dopo averle sottoposte ad autonomo e rigoroso vaglio critico.

A norma del secondo comma, si specifica però che l'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere, per esempio degli incapaci. In questo caso, dato che il comportamento che cagiona il sinistro non è direttamente addebitabile all'assicurato, l'obbligo indennitario permane. Tuttavia, anche questa disposizione non è inderogabile: le parti possono pertanto convenire una disciplina diversa da quella legale per l'ipotesi in cui il comportamento doloso o gravemente colposo dei dipendenti determini il fatto dannoso, così come possono stipulare una clausola che preveda l'esclusione da responsabilità dell'assicuratore per i sinistri derivati da colpa grave dei dipendenti dell'assicurato. La clausola che esclude la copertura assicurativa per i fatti derivanti da dolo o colpa grave dei dipendenti dell'assicurato richiede la specifica approvazione per iscritto, ex art. 1341 c.c., e così pure la clausola che escluda l'indennizzabilità del sinistro anche per il caso di colpa lieve dell'assicurato.

Infine, l'ultimo comma dell'art. 1900 c.c. dispone che l'assicuratore sia obbligato, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana - da intendersi come atti compiuti in adempimento di un dovere morale o sociale - o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore (per esempio l'atto diretto a salvare la cosa assicurata, in adempimento dell'obbligo di cui all'art. 1914 c.c.).

IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

"L'assicurazione è il contratto con il quale l'assicuratore, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana." (art. 1882 c.c.).

Da questa definizione del codice emerge la fondamentale distinzione tra assicurazione contro i "danni" e assicurazione sulla "vita".

Noi ci occuperemo della prima.

LA RESPONSABILITÀ CONTRATTUALE ED EXTRA CONTRATTUALE

La responsabilità civile è la violazione del dovere giuridico sociale di non recare danno con la propria condotta. È l'obbligazione che deriva dall'ingiusta lesione dell'altrui diritto, cioè da un atto illecito.

Chi non rispetta un patto contrattuale sarà soggetto passivo di una responsabilità contrattuale.

Chi commette un atto illecito risponderà per responsabilità extracontrattuale.

Risponde del danno chi ne è stato l'autore, ma solo quando il fatto dannoso è a lui imputabile, cioè avvenuto per sua colpa.

L'imputabilità esprime la cosciente violazione di una determinata regola di condotta imputabile a colui che era obbligato ad osservarla.

Cita infatti l'art. 2046 c.c. "Non risponde delle conseguenze del fatto dannoso chi non aveva la capacità di intendere o di volere al momento in cui lo ha commesso, a meno che lo stato di incapacità derivi da sua colpa".

IL RISCHIO

Elemento fondamentale del contratto di assicurazione è il rischio.

Esso viene generalmente definito come possibilità di un evento futuro ed incerto.

Rischio assicurabile è soltanto quello che consiste nella possibilità del verificarsi di un evento dannoso, di un evento cioè suscettibile di produrre un danno alla persona o al patrimonio dell'assicurato; non è invece assicurabile il fatto doloso del contraente o dell'assicurato (art. 1900 c.c.).

A determinare il rischio concorrono:

La descrizione dell'evento e delle circostanze con cui deve verificarsi (c.d. rischi inclusi: ad es. furto con scasso).

L'indicazione delle circostanze la cui presenza esclude la prestazione dell'assicuratore (c.d. rischi esclusi).

Sono queste le delimitazioni causali del rischio che possono riguardare la causa dell'evento.

Concorrono a definire il rischio anche le c.d. condizioni di assicurabilità, cioè quella circostanza ritenuta essenziale per l'efficacia della garanzia assicurativa.

Art. 1895 - Inesistenza del rischio - Il contratto è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto.

DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENTI

Il contraente deve descrivere il rischio che intende assicurare in modo esatto e completo.

Per agevolare tale obbligo è, di norma, prevista la compilazione di un questionario fornito dall'assicuratore con la previsione di alcune circostanze ritenute essenziali per la esatta valutazione del rischio.

L'inesatta o reticente descrizione del rischio può dare luogo all'annullamento (art. 1892 c.c.) o allo scioglimento del contratto (art. 1893 c.c.) qualora l'inesattezza o la reticenza abbia influito sulla formazione del consenso dell'assicuratore.

L'Assicuratore, venuto a conoscenza dell'inesattezza, può chiedere l'annullamento del contratto e a tal fine deve dichiarare tale sua intenzione entro tre mesi dal giorno in cui ha scoperto l'inesattezza o la reticenza, altrimenti decade dal diritto di impugnare il contratto. Se il sinistro si verifica prima della scadenza del termine di decadenza, l'Assicuratore non è tenuto al pagamento dell'indennità.

Nel caso invece che l'inesattezza o la reticenza non sia dovuta a dolo o colpa grave, il contratto è valido ma l'Assicuratore può recedere dal contratto entro tre mesi, sempre a pena di decadenza, dal momento in cui è venuto a conoscenza dell'inesattezza o della reticenza.

Se il sinistro si verifica prima della scadenza del termine per esercitare il recesso, l'Assicuratore non è tenuto al pagamento dell'indennità qualora dimostri che non avrebbe stipulato il contratto se fosse stato a conoscenza dell'esatto stato del rischio.

Diversamente è tenuto a pagare un'indennità ridotta in proporzione tra il premio effettivamente convenuto e quello che sarebbe stato richiesto a causa delle diverse circostanze (c.d. proporzionale tassi).

Il contratto dell'assicurazione è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto. (art. 1895 c.c.).

CESSAZIONE, AGGRAVAMENTO, DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Se il rischio viene meno durante il periodo di validità del contratto il contraente può richiederne lo scioglimento, ma l'Assicuratore ha diritto ai premi in corso (art. 1896 c.c.)

In caso di aggravamento del rischio il contraente è tenuto a comunicare all'Assicuratore il verificarsi di quelle circostanze che, se fossero state conosciute prima della stipulazione del contratto, avrebbero indotto l'Assicuratore ad applicare un premio diverso, o addirittura a non concludere il contratto.

Ricevuta la comunicazione dell'aggravamento, l'Assicuratore ha diritto di recedere dal contratto secondo le previsioni dell'art. 1898 c.c.

Se il sinistro si verifica prima del recesso, l'Assicuratore:

- se l'aggravamento è tale per cui egli non avrebbe stipulato il contratto, non è tenuto al pagamento dell'indennità.

- se invece il contratto si sarebbe comunque concluso, ma a condizioni di premio diverse, l'indennità è ridotta in proporzione alla differenza tra il premio pattuito e quello che sarebbe stato richiesto in relazione al maggior rischio.

Se il contraente comunica che il rischio è diminuito e tale diminuzione comporti una diminuzione del premio, egli ha diritto alla diminuzione del premio stesso ma l'Assicuratore può recedere dal contratto (art. 1897 c.c.).

Suicidio dell'assicurato:

Art. 1927 - Suicidio dell'assicurato - In caso di suicidio dell'assicurato, avvenuto prima che siano decorsi due anni dalla stipulazione del contratto, l'assicuratore non è tenuto al pagamento delle somme assicurate, salvo patto contrario.

L'assicuratore non è nemmeno obbligato se, essendovi stata sospensione del contratto per mancato pagamento dei premi, non sono decorsi due anni dal giorno in cui la sospensione è cessata.

INFORTUNI

Per infortunio si considera ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

Occorre quindi la presenza essenziale e contemporanea di tre requisiti:

- **Causa fortuita**

Per la realizzazione della stessa non si richiede che l'evento in garanzia debba essere completamente estraneo alla condotta dell'assicurato, ma è sufficiente che non derivi da fatto intenzionale.

- **Causa violenta**

Non va ricercata in un generico concetto di "forza fisica", ma soprattutto nella "concentrazione temporanea" dell'azione dannosa.

Violenta deve essere l'attitudine della causa originatrice del fatto, e non il fatto in sé, che potrebbe essere non violento (es: fuga di gas, puntura di insetto ecc.).

- **Causa esterna**

Proveniente cioè dal mondo esterno dell'individuo.

Rimangono quindi escluse tutte le manifestazioni che traggano origine dall'interno dell'organismo (anche se con caratteristiche di violenza).

Detto questo, va precisato che la causa come sopra puntualizzata deve provocare lesioni constatabili obiettivamente, pregiudizievoli dell'integrità fisica e fisiologica dell'individuo, con esclusione dei disturbi neurologici o semplici traumi psichici.

Di solito le prestazioni fornite dalla polizza sono costituite dalle conseguenze derivate dall'infortunio e si identificano in tre ipotesi:

- **Caso morte**

L'indennità stabilita dal contratto deve essere corrisposta ai beneficiari indicati in polizza o, in mancanza di tale indicazione, agli eredi testamentari o, in difetto, a quelli legittimi.

Condizione affinché i beneficiari godano del diritto dell'indennizzo è che la morte dell'Assicurato debba verificarsi entro l'anno dell'infortunio.

- **Caso invalidità permanente**

Anche l'invalidità permanente, per essere indennizzabile, deve verificarsi entro l'anno dell'infortunio a meno che non siano scritte in polizza condizioni diverse. Per quanto riguarda la richiesta dell'invalidità permanente, può essere richiesta anche, oltre l'anno, se viene provata qualche conseguenza del sinistro.

Il criterio valutativo è riferito alla "capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo", senza quindi alcuna incidenza sulla capacità lavorativa specifica

La polizza stessa riporta la tabella di valutazione (in percentuali) relativa alle più importanti menomazioni fisiche e funzionali e prevede che, in presenza di menomazioni multiple

riferite al medesimo infortunio, si proceda, nella valutazione, alla somma aritmetica delle singole percentuali fino alla massima valutazione del 100%.

□ **Caso di inabilità temporanea:**

Si intende lo stato transitorio di incapacità dell'assicurato a svolgere l'attività professionale dichiarata e viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni dalla data dell'infortunio.

L'Assicuratore liquida la Diaria assicurata integralmente (periodo di totale incapacità di attendere alle proprie occupazioni) o parzialmente (periodo in cui l'Assicurato procede nel riacquisto della propria capacità fisica ed attende in modo parziale alla propria attività).

Tale inabilità è corrisposta per il periodo della necessaria cura medica e decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della esibizione dell'avviso di sinistro.

Cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

Ove l'Assicurato non abbia corrisposto i certificati medici nella successione temporale prevista dalla polizza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.

L'inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente.

CONCAUSE

Le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio possono talvolta essere messe in relazione con situazioni preesistenti o sopravvenute all'infortunio stesso.

In tale ottica è opportuno proporre una distinzione con riguardo all'indennizzabilità.

Sono indennizzabili le conseguenze dirette ed esclusive derivate dall'infortunio (come se il fatto avesse colpito un individuo integro), mentre non si deve tener conto delle conseguenze dipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto, si dovrà detrarre la percentuale di invalidità preesistente.

AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

È disciplinato dall'art. 1898 C.C. e prevede l'obbligo, per il contraente e per l'assicurato, di avvisare l'Assicuratore di ogni mutamento intervenuto per cui risulti aggravato il rischio, cioè un aumento delle probabilità del verificarsi del sinistro o della sua gravità, rispetto a quelle esistenti all'atto della stipula del contratto.

Occorre quindi che la circostanza aggravante sia obiettivamente posteriore alla conclusione del contratto.

In questo contesto deve inquadrarsi anche la norma di polizza relativa alle "persone non assicurabili".

Nell'ipotesi che un sinistro si verifichi prima o senza la comunicazione dell'aggravamento del rischio, sono verificabili due possibilità:

A Se il rischio "aggravato" risulta non assicurabile, l'assicurato perde il diritto all'indennità.

B Se il rischio "aggravato" risulta assicurabile con premio più elevato, l'indennizzo deve essere pagato in misura adeguata al nuovo equilibrio contrattuale (proporzionale tassi).

L'avviso di sinistro (denuncia), che fa considerare all'Assicuratore il rischio meno grave di quello che è in realtà, da luogo all'applicazione degli artt. 1892 - 1893 c.c. (dichiarazione inesatta o reticente).

In questa circostanza occorre stabilire se l'iniziativa ha carattere volontario (dolo) o meno.

C Se il rischio "aggravato" risulta assicurabile con premio più elevato, l'indennizzo deve essere pagato in misura adeguata al nuovo equilibrio contrattuale (proporzionale tassi).

L'avviso di sinistro (denuncia), che fa considerare all'Assicuratore il rischio meno grave di quello che è in realtà, da luogo all'applicazione degli artt. 1892 - 1893 c.c. (dichiarazione inesatta o reticente).

In questa circostanza occorre stabilire se l'iniziativa ha carattere volontario (dolo) o meno.

□ Nel primo caso l'assicurato perde il diritto all'indennizzo.

□ Nel secondo caso è possibile gestire l'indennizzo applicando la proporzionale tassi.

INFORTUNI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI

L'assicurato può avere interesse ad assicurarsi per il rischio degli infortuni che si verifichino nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata (e sulla quale viene effettuata la tassazione del rischio) o invece per tutti quelli che non abbiano tale caratteristica.

Ove l'assicurato denunci un infortunio non attinente l'attività indicata in polizza come abituale, ma riferita ad una diversa attività che in qualche modo abbia comunque valenza economica, l'indennizzo non può essere erogato.

Le differenze sostanziali rispetto alle condizioni della R.C.A.

- Il danno in polizza infortuni si prescrive in un anno.
- L'apertura dell'infortunio deve essere fatta entro 3 gg dall'avvenuto infortunio pena la perdita totale o parziale della liquidazione.
- I certificati successivi devono essere inoltrati entro 3gg dallo scadere dell'ultimo pena la perdita parziale della liquidazione.
- Il calcolo del risarcimento viene fatto in base ai massimali descritti in polizza e tenendo conto delle eventuali franchigie.
- Il punto d'invalidità permanente riconosciuto in polizza infortuni deve essere calcolato come un punto in percentuale da calcolare sul massimale di polizza tenendo sempre conto delle eventuali franchigie.

La polizza può prevedere due tipi di tabelle :

- Tabella ex art. 139 codice delle assicurazioni - micropermanenti
- I.N.A.I.L.
La prima è la più comune e di solito tra la liquidazione in sede R.C.A. in danni piccoli (micropermanenti fino al 9%).
Entrambe sono approvate ed aggiornate annualmente in relazione al tasso percentuale ISTAT.

MALATTIE

La prestazione della garanzia in questione attiene il "Rimborso di spese di cura in conseguenza di Malattie ed Infortuni" e può riguardare l'assicurazione di singoli individui o gruppi di persone (nuclei familiari, categorie ecc.).

Le forme di prestazione fornite dalle garanzie sono sostanzialmente:

- Rimborso spese per Ricovero Ospedaliero in dipendenza di Infortunio o Malattia.**
Questa forma di copertura assicurativa, in presenza o meno di intervento chirurgico, può operare in modo completo o in modo integrativo all'assistenza sanitaria sociale (per la differenza di spese che rimarrebbero a carico dell'assicurato nel caso in cui avesse preferito il ricovero in una classe diversa di corsia da quella prevista dall'assistenza sanitaria sociale o in una clinica non convenzionata).
In alternativa può essere prevista una "diaria surrogatoria" (indicata in polizza) operativa nel caso in cui tutte le spese siano a carico dell'assistenza sanitaria sociale.
- Indennità giornaliera in caso di inabilità in dipendenza di Malattia.**
È una garanzia, per certi versi analoga a quella prevista dalla polizza infortuni, che prevede un indennizzo per il mancato guadagno che dovesse derivare all'assicurato dalla sospensione della normale attività lavorativa a causa di Malattia, così come definita in polizza, con un periodo massimo indennizzabile di 150 giorni.
- Indennità giornaliera in caso di Ricovero Ospedaliero in dipendenza di Infortunio o Malattia.**
Oltre che garantire all'assicurato un'indennità per il mancato guadagno conseguente ad un qualsiasi Ricovero Ospedaliero, la garanzia ha lo scopo di fargli recuperare, almeno in parte, altre spese sostenute durante la degenza, che non potrebbero essere ripetibili.
Il periodo massimo indennizzabile è di 60 giorni.
- Rimborso delle spese per Cure Domiciliari e/o Ambulatoriali.**
È una garanzia nata in abbinamento a quella Ospedaliera con il proposito di garantire una forma completa di assistenza.

**SCHEMA RIASSUNTIVO
DELITTI CONTRO IL PATRIMONIO IN AMBITO ASSICURATIVO
FURTO**

con effrazione con chiave falsa con scalata con introduzione clandestina con destrezza	<input type="checkbox"/> garanzie base polizza furto in locali assicurati <input type="checkbox"/> garanzia prestata di norma con partita separata <input type="checkbox"/> compresa nella garanzia portavalori
con strappo	<input type="checkbox"/> compresa nella garanzia portavalori

RAPINA

<input type="checkbox"/> garanzia prestata con apposita partita separata <input type="checkbox"/> garanzia prestata insieme a quella del furto <input type="checkbox"/> compresa anche nella garanzia portavalori
--

**PROCEDURA PER LA CORRETTA
LIQUIDAZIONE DEL DANNO**

DENUNCIA DEL DANNO ALL'AUTORITÀ

La Polizza dispone che l'assicurato, entro un termine ben definito dal momento in cui viene a conoscenza del fatto originario del sinistro, deve presentare dichiarazione circostanziata del fatto e del danno all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo.

La denuncia deve essere sottoscritta dall'assicurato e, solo nel caso di assoluta sua impossibilità, da persona da lui espressamente delegata, dovendo l'assicurato assumere ogni responsabilità, anche penale, delle dichiarazioni rese.

Deve altresì precisare almeno:

- il momento in cui il sinistro è cominciato e quando se ne è avuto conoscenza,
- la sua durata,
- le cause note o presunte,
- le modalità di accadimento del fatto,
- i mezzi adoperati per arrestarne il progresso,
- l'entità, almeno approssimativa, del danno.

L'assicurato deve trasmettere un elenco particolareggiato di tutte le cose assicurate che esistevano al momento del sinistro, precisando qualità, quantità e valore delle cose distrutte, di quelle danneggiate o rubate e di quelle salvate o rimaste illese.

È quindi da ritenere che, per principio, la distinta debba essere sempre prodotta.

**DISPOSIZIONI
DELLE COMPAGNIE DI ASSICURAZIONE**

LIQUIDAZIONE D'UFFICIO

Esistono casi, anche frequenti, in cui l'incarico al perito può non essere funzionale al contenimento dei costi ed il presumibile esborso complessivo del danno giustifichi, per la modestia dell'importo denunciato, un intervento diretto dell'operatore sinistri.

In tale circostanza occorre, quanto meno:

- Verificare che la documentazione fornita dall'assicurato sia idonea e sufficiente alla quantificazione del danno.

- Raffrontare le effettive concrete caratteristiche del rischio in relazione al caso in specie (ad esempio, è ininfluenza la conformità dei mezzi di chiusura in caso di rapina).
- Controllare sempre la polizza colpita dal sinistro al fine di accertare, per esempio:
 - La forma di assicurazione prevista per la garanzia interessata.
 - L'esistenza di limiti di indennizzo
 - Concordare con l'assicurato, in presenza di garanzie dirette, l'importo dell'indennizzo.
 - Concordare con i terzi in via cautelativa, in presenza di garanzie di responsabilità, (Rischio locativo – Ricorso Vicini ecc.) l'ammontare del risarcimento con riferimento ai capitali assicurati.

AVVERTENZE PER IL PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Accertata la liquidabilità del danno, prima di procedere alla materiale operazione di pagamento, occorrerà, fra gli incombenti più importanti:

- Accertare l'eventuale esistenza di "vincoli".

Possono essere indicati o meno in polizza.

Occorre chiedere al beneficiario del vincolo il previsto "nulla osta" al pagamento del danno, ovvero la quantificazione dell'importo di competenza del predetto beneficiario.

- Curare che gli atti di pagamento siano sottoscritti da parte di tutti gli aventi diritto.

Avendo anche cura di evidenziare che il pagamento viene effettuato, eventualmente, ove ne ricorreranno le circostanze, anche per conto dei Coassicuratori.

- Accertare che non esistano procedure fallimentari.

Oppure di amministrazione controllata, coatta o di concordato preventivo ecc.

- Acquisire il certificato di chiusa istruttoria penale.

In caso di ipotesi di fatto-reato per il quale risulti aperta un'indagine penale.

In tale documento di attesta la decisione assunta dal GIP in ordine all'archiviazione dell'indagine o al rinvio a giudizio.

I DIVERSI TITOLI DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL MEDICO

Come ogni altro professionista intellettuale di mezzi, anche il medico risponde in via contrattuale per inadempimento delle obbligazioni cui è tenuto.

Tuttavia esistono più di una circostanza che fanno differenziare la responsabilità civile di questo professionista rispetto ad ogni altro. Infatti, come si vedrà nel prosieguo, diversamente dagli altri liberi professionisti per i quali la responsabilità da fatto illecito costituisce solo un'ipotesi, come già rilevato supra al § 10 Profili Generali, sono, invece, ben individuabili le situazioni in cui il medico venga ad essere chiamato a rispondere a titolo di responsabilità extracontrattuale, oltre che a titolo di responsabilità *ex contractu*.

Orbene, ciò che costituisce l'eccezione per l'avvocato, il notaio od il commercialista, può essere la regola per il medico, non fosse altro per la natura primaria degli interessi che il di lui inadempimento può ledere.

Insomma non servono molte parole per spiegare che, ad es., quel medico che opera non correttamente il paziente non solo è venuto meno all'obbligo (contrattuale) assunto di guarirlo, ma può avergli provocato danni ulteriori e più gravi che quello da «mero» inadempimento.

Di conseguenza, accanto ed oltre alla responsabilità *ex contractu*, il medico può, più di ogni altro professionista intellettuale, venire chiamato a rispondere anche a titolo di responsabilità extracontrattuale ex art. 2043 C.C., con relativo possibile concorso di azioni (Cass. 94/8090). Viepiù, come vedremo, tale ipotesi ricorre molto frequentemente nell'ipotesi in cui la prestazione sia fornita dal medico all'interno della struttura ospedaliera presso la quale egli lavora quale dipendente.

In tale ultima eventualità, naturalmente, non solo le ipotesi di concorso di responsabilità possono essere varie ed articolate, ma vi è anche una pluralità di soggetti contro cui farle valere e cioè il medico e la struttura ospedaliera.

Inoltre, sempre a tal proposito, va evidenziato che se tra medico dipendente ospedaliero e paziente sussista un rapporto contrattuale antecedente al ricovero nella struttura, oltre alla responsabilità contrattuale del nosocomio, si può configurare una duplice responsabilità del medico: contrattuale, in virtù di detto rapporto fiduciario, ed extracontrattuale per aver causato un danno ingiusto.

LA RESPONSABILITÀ CIVILE DEL MEDICO DIPENDENTE OSPEDALIERO

Accanto alle ipotesi di responsabilità (contrattuale) del medico che abbia concluso un vero e proprio contratto con il cliente, si trovano, e sono le più frequenti nella pratica, quelle in cui danni al paziente sono cagionati dal sanitario che opera all'interno di una struttura ospedaliera organizzata e che nessun specifico contratto abbia mai stipulato con il paziente. Si pensi agli interventi effettuati dal «pronto soccorso», si pensi alle visite specialistiche con strutture convenzionate, a tutti i tipi di intervento quivi eseguiti, etc. Si tratta, a questo proposito, di individuare quali sono le regole che governano questo tipo di responsabilità.

La responsabilità civile del medico

La responsabilità civile del medico è connotata da alcuni aspetti peculiari che risentono della particolare considerazione che il legislatore annette all'attività medica.

L'ente, il medico e il contratto sociale.

La teoria da ultimo indicata sorge dal rilievo, espresso in recentissime pronunce, che il privato, in realtà compia un'attività negoziale, quando si reca in ospedale, o dal curante. A tale attività negoziale va conferita tutela, sulla base delle espresse norme costituzionali. Per quanto riguarda il rapporto negoziale con l'ente pubblico (lo Stato), nell'esercizio di un servizio pubblico predisposto nell'interesse dei privati che ne fanno richiesta, non esercita poteri pubblicistici ma si limita a offrire un servizio. Il privato dunque, fatta la richiesta del servizio, acquista un vero e proprio diritto soggettivo che corrisponde alla soggezione (dovere giuridico) dello Stato. La teoria reca con sé il rilievo che, sebbene la fonte dell'obbligazione non sia un contratto, vero è anche che vi è pur sempre un rapporto giuridico fra paziente e struttura o paziente e medico, e che non si verte quindi in tema di responsabilità extracontrattuale.

La responsabilità civile, ove riferita ad un soggetto, è la conseguenza giuridica di un comportamento illecito. Essa viene ravvisata ove sia rinvenibile un rapporto fra fatto illecito ed evento, ed è caratterizzata dall'aspetto patrimonialistico-risarcitorio. Il rimedio tipico della responsabilità civile è dunque il risarcimento del danno.

Nella trattazione dovrà quindi farsi riferimento a tre fondamentali tipi della problematica responsabilità medica:

- 1- responsabilità contrattuale
- 2- responsabilità extracontrattuale
- 3- tertium genus: responsabilità da contatto sociale.

Responsabilità contrattuale

La responsabilità contrattuale, quale tipo del genus della responsabilità civile, sulla base del disposto di cui all'art. 1173 c.c. si applica nei casi di convenzione contrattuale fra ente (o medico) e paziente. Va qui evidenziato che, come risultato dello sforzo di offrire maggiori tutele ai pazienti, in alcuni casi la giurisprudenza ha ravvisato un accordo espresso nel caso di sottoscrizione del c.d. "consenso informato", ovvero quel documento sul quale è riportata una dichiarazione liberatoria del paziente nei confronti del medico, nella quale si attesta che quegli si ritiene avvertito del trattamento sanitario e delle conseguenze relative. In termini generali, la norma di riferimento per determinare la responsabilità del medico sarà quindi quella di cui all'art. 1218 s.s. c.c., con i temperamenti offerti dall'art. 2236 c.c., che dispone

che il medico risponde, in caso di problemi tecnici di speciale difficoltà, solo in caso di dolo o colpa grave. In ordine a questa ultima norma, va detto che la giurisprudenza tende ad ignorare le istanze di coloro che la vorrebbero applicata, sul presupposto che in realtà, ad oggi è esigibile una diligenza spesso superiore a quella che il legislatore aveva in mente alla stesura dell'articolo citato. Ciò in forza delle frequenti specializzazioni dei medici, e della particolare attenzione verso la categoria sanitaria che caratterizza questo periodo storico. Tuttavia, se il danno non è prevedibile, sulla base delle cognizioni tecniche al momento del sorgere dell'obbligazione, il medico sarà obbligato ai risarcimenti solo in caso di dolo. Perché sorga la responsabilità contrattuale, risarcitoria, è necessario anzitutto che il danno sia configurato come conseguenza immediata e diretta del comportamento negligente del medico. Il nesso di causalità va ravvisato ove il danno sia conseguenza immediata e diretta. Con conseguenza diretta si fa riferimento all'orientamento causale. In sostanza, la responsabilità sorge ove il medico abbia prodotto l'evento in maniera che questo sia riconducibile direttamente alla sua condotta. Sicché egli non sarà responsabile nella quota dell'intervento eziologico di eventuali concause. Per immediatezza si intende il requisito negativo del nesso di causa, inteso nel senso della mancanza di un concorso di altre cause efficienti, che possano aver reso mediato l'apporto causale del medico. In conclusione si richiede che la condotta illecita sia "antecedente causale" rispetto all'evento, che sia scientificamente provata la regolarità del processo causale, che tale ricostruzione sia anche logicamente e razionalmente credibile (v. sent. Cass. "Franzese"). Il danno si atteggia come danno da inadempimento contrattuale dell'obbligazione di mezzi contratta, intendendosi il canone di condotta adempiente migliore possibile con riferimento all'interesse del paziente (art.1174 c.c.), ma anche come danno ulteriore che derivi dall'evento cagionato dalla condotta inadempiente. È possibile al medico liberarsi della responsabilità per inadempimento solo ove la prestazione sia impossibile e tale impossibilità non gli sia imputabile (art.1218 c.c.).

Responsabilità extracontrattuale

La responsabilità extracontrattuale, a differenza di quella ora insegnata, presenta differenze anzitutto in ordine al regime della prova, ove la prima risente di un regime probatorio di favore, mentre la seconda richiede l'adempimento dell'onere su ciascuno degli elementi fondanti. È dunque richiesta la prova del danno ingiusto, dell'evento dannoso, del nesso causale, del fatto (v. Responsabilità extracontrattuale).

Responsabilità da contratto sociale

La responsabilità ai limiti del contratto e del fatto illecito, figura ricostruita dalla giurisprudenza sulla base di norme ritenute un tempo non direttamente applicabili, alle quali oggi si fa sempre più ricorso, alla ricerca di tutele da offrire a situazioni giuridiche particolarmente bisognevoli.

Il contatto sociale, come detto, nasce da un fatto integrato in un negozio. Tale negozio è costituito dalla richiesta di erogazione di un servizio e dall'accettazione di tale richiesta, d'altra parte.

Da tale rapporto, che si sostanzia in una relazione negoziale fra i soggetti coinvolti, sorgono da una parte il contratto di spedalità con l'ente ospedaliero, d'altro canto una relazione negoziale - che la giurisprudenza ancora stenta a definire compiutamente come obbligatoria - con il medico.

Ove sia integrato il contatto, il relativo onere probatorio sarà posto a carico della parte che intende provarlo. La disciplina applicabile rimane quella vista a proposito del contratto.

Il nesso di causalità

Ciò che non cambia, invece dal punto di vista probatorio, è la prova del nesso causale. Che si tratti di Responsabilità contrattuale o extracontrattuale, o da contatto sociale, l'eziologia dell'inadempimento andrà provata. E andrà provata per dimostrare la lesione dell'interesse protetto ex art. 1174, sia che si richieda un risarcimento ex art. 1223 o 2043 c.c.. La responsabilità medica è stato il campo ove le dottrine civilistiche e penalistiche si sono incontrate, dando vita ad un virtuoso scambio di opinioni, sull'argomento della causalità.

Nell'evolversi storico visto poco sopra, al mutare delle stagioni economiche e sociali, sono state ricercate e trovate nuove vie per adeguare l'interpretazione alle diverse esigenze di volta in volta emergenti nelle aule dei Tribunali. Sicché, dalla originale tesi della causalità naturale (condicio sine qua non), che prevedeva la necessità di rinvenire un antecedente causale condizionante l'evento, si è passato attraverso teorie indulgenzialiste, per le quali l'evento si considera prodotto dal fatto ove questo ne sia sviluppo prevedibile (causalità adeguata - id quod plerumque accidit) oppure ove il fatto sia presupposto necessario dell'evento salvo il caso dell'eccezionalità (c. umana- Antolisei). Di tale periodo indulgenzialista la dottrina ricorda l'applicazione frequente delle clausole di cui all'art. 2236 c.c., volte a impedire i risarcimenti in forza di supposte speciali difficoltà tecniche e di un'assenza di atteggiamenti psichici rimproverabili. Tale concezione ha aperto poi la via a tesi eterodosse, che mischiavano la colpevolezza, quale prevedibilità dell'evento, con la tematica dell'eziologia. In forza dei rapporti esistenti in questa materia fra nesso di causa e colpevolezza, l'attenzione penalistica si è poi spostata sul piano della colpevolezza, e sul piano dei giudizi doppiamente ipotetici, per la c.d. causalità omissiva, con importanti decisioni in materia. D'altro canto la dottrina civilistica, per ragioni che sono da ricondursi al diverso atteggiarsi della colpa e della causalità omissiva in diritto civile, è rimasta maggiormente interessata dalle vicende relative alla c.d. imputazione oggettiva dell'evento. Tale teoria, di origine germanica, ha il pregio di utilizzare infatti una logica di tutela di beni giuridici, con un metodo più affine a quello tipicamente civilistico. Nell'ambito delle attività rilevanti per il diritto, essa infatti distingue le c.d. attività rischiose ma giuridicamente autorizzate (ad aumento del rischio consentito) e le attività rischiose non più giuridicamente autorizzate (aumento del rischio non consentito). Tale teoria risolve per sistematicamente lecite le prime ove rispettose delle *leges artis* e delle autorizzazioni di legge, in forza della loro intrinseca utilità sociale. Condanna le seconde alla responsabilità al ricorrere di una duplice condizione: ove l'evento costituisca realizzazione del rischio non consentito e quindi prevedibile ex lege, ed ove l'evento sia evitabile con certezza, osservando le norme cautelari. Come è evidente, si demanda all'elemento psichico il sorgere della responsabilità. La dottrina e giurisprudenza civilistica tendono oggi ad utilizzare, come avviene in altre discipline, un criterio non pan-giuridico. Tale è la teoria della causalità scientifica, che si fonda su leggi di copertura scientifiche. Essa, come univocamente si sostiene, è la vera causalità: è in grado cioè di dare risposte certe in ordine alla riconducibilità di un evento al fatto dell'autore. Vengono quindi utilizzate, allo scopo, leggi di certezza scientifica, come anche leggi statistiche purché il gradiente probabilistico assurga al massimo scientificamente possibile, e l'esito risponda a una logica credibilità razionale. Pur tuttavia, le operazioni giuridiche attengono all'aspetto sanzionatorio dei risarcimenti, e in quanto tali devono tenere conto del concorso di altre circostanze e dell'orientamento causale di queste, onde evitare risultati aberranti.

L'onere della prova

La disamina delle problematiche relative all'onere della prova, soprattutto con riferimento all'elaborazione giurisprudenziale e dottrinale dei disposti legislativi, abbisogna di alcuni chiarimenti relativi ai lineamenti generali in tema di prova. Il percorso storico del principio di base espresso nell'antico brocardo ***actori incumbit probatio*** e nell'altro ***ei incumbit probatio qui dicit non qui negat***, si ritrova nella lettura dell'art. 2697 cod. civ., secondo il quale *"Chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento. Chi eccepisce l'inefficacia di tali fatti ovvero eccepisce che il diritto si è modificato o estinto deve provare i fatti su cui l'eccezione si fonda"*. Orbene, l'interpretazione che qui s'accoglie individua nell'articolo in esame due fondamentali funzioni: da un lato quella di ripartire l'onere della prova, dall'altro quella di consentire comunque al giudice di decidere, accogliendo o rigettando la domanda, sulla base del collegamento sistematico con l'art. 116 cod. proc. civ. che, affermando il principio del libero convincimento, completa il quadro. Di conseguenza il giudice non può limitarsi ad un mero non liquet ma decidere, applicando, se gli elementi offerti non consentono il raggiungimento della prova, la regola dell'art. 2697 cod. civ. Giova inoltre ribadire che l'applicazione di quest'ultima trova un proprio spazio solo quando non esistono regole particolari sull'onere della prova, quale

quella -che qui interessa- dell'art. 1218 cod. civ. A ben vedere, peraltro, la scelta terminologica operata dal legislatore - mi riferisco al termine e soprattutto al concetto di <<onere>>- sembra non soddisfare pienamente; normalmente infatti il concetto di onere sottende il rapporto esistente tra l'esercizio di una determinata facoltà e il conseguimento di un interesse. Ebbene, se l'accezione accolta dal legislatore, nella formulazione dell'articolo in oggetto, fosse stata veramente quella tradizionale poc'anzi descritta, se ne dovrebbe dedurre che tutte le volte che la parte sulla quale grava l'onere della prova non vi provveda, dovrebbe derivarne l'impossibilità di conseguire l'interesse o il risultato al quale si tende. Ma non è così. Infatti il giudice può decidere in senso favorevole anche se l'attore non fornisce la prova dei fatti costitutivi della propria pretesa, quando emergano prove, a quest'ultimo favorevoli, provenienti dalla controparte o da un terzo che sia intervenuto nel giudizio, talché dovrà decidere in senso sfavorevole a chi non ha dimostrato i fatti che costituiscono il fondamento della propria pretesa solo quando gli sia impossibile decidere tenendo in considerazione tutti gli elementi che siano stati acquisiti al processo. Ne consegue che nella situazione esaminata ci si trovi al cospetto non tanto di un onere, nel senso sopra descritto, piuttosto di un "aumento del rischio" -non di un'automatica impossibilità di veder soddisfatta la propria pretesa- ricollegato al mancato soddisfacimento del "comportamento prescritto" dall'art. 2697 cod. civ. Svolte queste brevi considerazioni preliminari, è possibile affrontare più specificamente le problematiche sottese alla prova della responsabilità in ambito sanitario, e all'elaborazione giurisprudenziale che ne ha caratterizzato il delinearsi. In primo luogo, in dottrina, si discute sulla configurabilità di un autonomo obbligo di chiarimento che potrebbe sussistere in capo a coloro che non sono onerati ai sensi dell'art. 2697 cod. civ. Si può notare come tale aspetto controverso possa assumere peculiare rilievo proprio nel caso delle azioni di responsabilità professionale, laddove si realizza una fattispecie caratterizzata dalla circostanza che il paziente si trova quasi sempre sprovvisto della documentazione e dei mezzi di prova per far valere la propria pretesa. Quindi per i fautori della tesi che privilegia l'individuazione autonoma di un obbligo di chiarimento, quest'ultimo lo si dovrebbe rinvenire in capo ai sanitari, come accade in altri Paesi. Ad ogni buon conto la giurisprudenza italiana si è attestata su posizioni diverse, preferendo alleggerire la posizione del tutto peculiare del malato limitandone l'onere probatorio, e ponendo piuttosto in capo al sanitario l'onere di provare l'adeguatezza della propria prestazione professionale, prestando però il fianco ad una critica, oltretutto quella di aver trattato, quasi confondendoli, onere della prova e obbligo di chiarimento. Conseguenza immediatamente apprezzabile è quella che si assiste così allo spostamento del rischio del mancato convincimento del giudice dall'onerato, ex art. 2697 cod. civ., all'altra parte, sulla quale sarebbe semmai gravato esclusivamente l'onere di chiarimento. Ma il nostro ordinamento giuridico prevede anche altre regole riguardanti l'onere della prova, che comportano conseguenze differenti. Tra queste le c.d. presunzioni iuris tantum - che ammettono cioè la prova contraria a- le quali, al pari dell'art. 2697 cod. civ., da un lato ripartiscono l'onere della prova, dall'altro stabiliscono una regola di giudizio, indicando al giudice come deve decidere la controversia ove la parte che risulta onerata non abbia fornito la prova richiesta. La ratio di tali previsioni è ricollegabile vuoi a criteri di esperienza, vuoi a criteri di probabilità, infine a criteri di verosimiglianza. E ancora si possono ricordare le presunzioni iuris et de iure - c.d. assolute - che non ammettono la prova contraria. Tra le norme che, come anticipato, presentano una diversa ripartizione dell'onere della prova deve segnalarsi, soprattutto ai fini della presente esposizione, la regola di cui all'art. 1218 cod. civ., secondo la quale sul debitore che non ha eseguito esattamente la prestazione, grava l'onere di provare che l'inadempimento o il ritardo sono dovuti a impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile, essendo tenuto, in caso contrario, a risarcire il danno. La giurisprudenza, attestatasi fino agli anni '70 su posizioni piuttosto favorevoli al medico, ha cominciato in quegli anni a mutare il proprio indirizzo, fino a creare una sorta di inversione dell'onere della prova nei casi di non difficile esecuzione dell'intervento. All'uopo risulta di estrema chiarezza una recentissima sentenza della Cassazione, non ancora pubblicata, ove si legge che:

"(...) nel giudizio avente ad oggetto l'accertamento della responsabilità del medico chirurgo per l'infelice esito di un intervento chirurgico, l'onere della prova si riparte tra attore e convenuto a seconda della natura dell'intervento effettuato, e precisamente:

a) nel caso di intervento di difficile esecuzione, il medico ha l'onere di provare soltanto la natura complessa dell'operazione, mentre il paziente ha l'onere di provare quali siano state le modalità di esecuzione ritenute inadeguate;

b) nel caso di intervento di facile o routinaria esecuzione, invece, il paziente ha il solo onere di provare la natura routinaria dell'intervento, mentre sarà il medico, se vuole andare esente da responsabilità, a dover dimostrare che l'esito negativo non è ascrivibile alla propria negligenza od imperizia".

Quindi a dispetto di un intervento di facile esecuzione e del peggioramento delle condizioni del paziente che vi si è sottoposto, la giurisprudenza della Corte di Cassazione, per indirizzo ormai costante, distribuisce l'onere della prova tra le parti nel senso di far gravare sul paziente l'onere di provare che l'intervento e/o la terapia erano di facile esecuzione e che ne è derivato un risultato peggiorativo, e sul sanitario l'onere di fornire la prova contraria, ossia la prova che la sua prestazione è stata eseguita diligentemente e che l'esito dannoso è stato provocato da un evento sopravvenuto imprevisto ed imprevedibile, ovvero da una pregressa condizione particolare del malato che non è stato possibile accertare con la dovuta diligenza professionale. Quanto poi all'eventualità, che la giurisprudenza più recente ritiene possibile, ossia quella che con il chirurgo estetico il paziente perfezioni un contratto avente ad oggetto un'obbligazione di risultato - piuttosto che di mezzi - la prova di tale contenuto grava sul paziente, così come sul medesimo grava l'onere di provare l'insufficiente informazione ricevuta dal sanitario.

INFORTUNI SUL LAVORO

1) NOZIONE:

L'infornio sul lavoro ex art. 2 DPR 1124/1965 è quell'evento che, avvenuto per causa violenta, abbia dato luogo alla morte o ad una inabilità permanente assoluta o parziale al lavoro, ovvero ad una inabilità temporanea assoluta, la quale abbia comportato l'astensione dal lavoro per più di tre giorni.

Malattia Professionale: Quella patologia che l'assicurato lavoratore contrae nell'esercizio dell'attività lavorativa.

Tali malattie sono classificate secondo un duplice sistema: uno tabellare e a rischio specifico e uno non tabellare a rischio generico.

2) CONCETTO GIURIDICO DI INFORTUNIO ai sensi dell'articolo 2 T.U. 1124 del 1965

L'assicurazione comprende tutti i casi di infornio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o invalidità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di 3 giorni. I due elementi essenziali affinché l'infornio sia tutelato sono l'occasione di lavoro e la causa violenta.

Integra l'occasione di lavoro il solo fatto che l'evento dannoso si sia verificato durante lo svolgimento dell'attività lavorativa sul luogo di lavoro, purché vi sia nesso causale, quantomeno mediato ed indiretto, tra la prestazione lavorativa e l'evento.

3) Causa Violenta: consiste in un evento che, con forza concentrata e straordinaria, agisca in occasione di lavoro (derivazione eziologia, diretta o indiretta, dell'evento dall'attività lavorativa) dall'esterno all'interno dell'organismo del lavoratore comportante alterazioni lesive. In tale nozione si può far rientrare anche lo stress emotivo improvviso, dipendente da evento eccezionale, ricollegabile al lavoro svolto dall'assicurato. Non è richiesto che l'evento lesivo sia straordinario, accidentale o imprevisto. Affinché venga indennizzato l'infornio sul lavoro è necessario che sussista il nesso causale tra l'attività lavorativa e il sinistro nel senso che l'evento deve dipendere da un atto intrinseco a determinate operazioni e comunque connesso con dette operazioni.

INAIL

L'Istituto Nazionale Infortuni Sul lavoro è un ente assicurativo pubblico senza scopo di lucro a cui è affidata la gestione monopolistica di un regime di assicurazioni contro i rischi derivanti da infortuni sul lavoro.

Presupposti e prestazioni economiche dell'assicurazione:

L'infortunio è indennizzabile, qualora abbia dato luogo

- alla morte dell'assicurato;
- alla inabilità permanente assoluta o parziale al lavoro;
- alla inabilità temporanea assoluta, la quale abbia comportato l'astensione per più di tre giorni.

Le prestazioni dell'assicurazione sono le seguenti:

- indennità giornaliera per inabilità assoluta;
- assegno/rendita per inabilità permanente;
- un assegno per assistenza personale continuativa;
- una rendita ai superstiti e un assegno una tantum in caso di morte.
- Le cure mediche e chirurgiche compresi gli accertamenti clinici.
- La fornitura degli apparecchi protesici.

Per tali prestazioni vale il principio ex lege dell'automaticità delle prestazioni nel senso che il rapporto giuridico di assistenza sociale contro gli infortuni e le malattie professionali sorge automaticamente all'atto dell'assunzione del lavoratore da parte del datore di lavoro, anche nel caso in cui quest'ultimo non abbia ottemperato al versamento dei contributi nonché alla costituzione del rapporto assicurativo.

MALATTIA PROFESSIONALE

La malattia professionale si distingue dall'infortunio sul lavoro perché deve trovare la propria causa nell'ambiente di lavoro, quindi si suole dire che per l'infortunio basta il rapporto di occasionalità mentre per la malattia professionale è necessario il più intimo rapporto di causalità con l'ambiente di lavoro.

L'art. 3 T.U. del 1965 indica oggi in modo non tassativo, per quali malattie professionali è obbligatoria l'assicurazione distinguendo quindi tra malattie tabellate per cui opera la presunzione di causalità professionale e le c.d. non tabellate indennizzabili solo se provata la causa di lavoro da parte dell'interessato.

INFORTUNIO IN ITINERE

Il D.lgs 38/2000 ha recepito e confermato la nozione di infortunio "in itinere" come quello che sia verificatosi nel corso di uno spostamento del lavoratore per motivi inerenti allo svolgimento della propria attività lavorativa, anche se subito in occasione di utilizzo di mezzi pubblici, privati, purché tale situazione sia necessitata in relazione alle circostanze di spazio e di luogo.

L'infortunio in itinere può identificarsi come quello occorso alle persone assicurate:

- 1- durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro;
- 2- durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro;
- 3- durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale pasti, qualora sul posto di lavoro non vi sia una servizio mensa.

I SOGGETTI RESPONSABILI DEGLI INFORTUNI E DELLE MALATTIE PROFESSIONALI

DATORE DI LAVORO, DIRIGENTE E PREPOSTO

Per datore di lavoro responsabile si intende qualsiasi persona fisica o giuridica o soggetto pubblico titolare del rapporto di lavoro e che abbia la responsabilità dell'impresa o dello stabilimento.

Il soggetto passivo dei sinistri in esame non può essere altro che il lavoratore individuato giuridicamente dall'art.2094 del C.C. come colui che svolge una prestazione di lavoro subordinato dietro retribuzione o collabora nell'impresa mediante il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze e sotto la direzione onerosa dell'imprenditore.

La legge individua nel lavoratore un destinatario di specifici obblighi di prevenzione finalizzati alla cura della propria sicurezza e della propria salute e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro. La normativa in questione si applica tanto al lavoratore subordinato c.d. regolare tanto al lavoratore c.d. in nero.

CRITERI PER L'IMPUTAZIONE DELLE RESPONSABILITÀ

Il criterio cardine per l'imputazione della responsabilità a seguito di infortunio o malattia professionale è sancito dall'articolo 2087 C.C. ai sensi del quale l'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa

Va precisato come nel nostro campo d'azione essendo coinvolti e lesi diritti fondamentali dell'individuo possono concorrere la c.d. responsabilità contrattuale e la c.d. responsabilità da fatto illecito. Tipico esempio di tale concorso si ha quando ricorrono le due situazioni previste dall'articolo 1218 disciplinante la responsabilità contrattuale del debitore e 2049 C.C. disciplinante la responsabilità extracontrattuale di padroni e committenti.

I DIRITTI DEL LAVORATORE

È stata una sentenza della Corte Costituzionale nel 1986 a sancire la dignità di diritto vivente del danno biologico dando così piena attuazione all'articolo 32 della Costituzione, il quale tutela la salute sotto ogni angolazione.

Ottenuta piena cittadinanza nell'ordinamento il danno biologico ha dovuto attendere ben tre sentenze della Corte Costituzionale per assumere piena autonomia come voce risarcitoria nel campo della responsabilità imprenditoriale.

L'articolo 2087 costituisce una disposizione inderogabile del nostro ordinamento integrativa del contratto di lavoro stipulato tra le parti ai sensi dell'art. 1374 e imponendo doveri di tutela a carico del datore di lavoro ne sancisce anche la responsabilità in caso di violazione.

L'articolo 2087 impone infatti contrattualmente al datore di tutelare la sfera fisica e la personalità morale del lavoratore.

Il rimedio nel caso di violazione di tale articolo è dato dalla disciplina comune di cui all'articolo 1218 c.c. da leggersi assieme all'articolo 1223 il quale individua il danno patrimoniale nella sua duplice componente danno emergente e lucro cessante tenendo presente che per la particolare formulazione viene ad assumere una sua autonoma dignità risarcitoria anche il danno non patrimoniale sia esso biologico, morale o esistenziale.

Quindi utilizzando l'espressione omnicomprensiva di danno non patrimoniale intendiamo sia il danno biologico in se e per se, che le sue componenti eventuali del danno estetico, alla vita di relazione, alla vita sessuale, alla capacità lavorativa generica, il danno morale sia nella sua accezione tradizionale soggettiva che in quella più innovativa di danno esistenziale.

NESSO DI CAUSALITÀ

Il lavoro può essere una delle concause dell'infortunio e per avere valenza in ambito di addebito di responsabilità, deve essere causa del rischio, proprio per questo detto professionale, o quantomeno causa di aumento del rischio.

La teoria più seguita in relazione al nesso di causalità è quella della c.d. conditio sine qua non o dell'equivalenza delle condizioni, secondo la quale è causa qualsiasi antecedente in mancanza del quale l'evento non si sarebbe realizzato, indipendentemente dal concorso di concause preesistenti, concomitanti o sopravvenute.

IL RISTORO DEL DANNO TRA INDENNIZZO E RISARCIMENTO

Una volta premesso come la responsabilità sia essa contrattuale che extracontrattuale, comporti come conseguenza il risarcimento del danno, dobbiamo focalizzare la nostra attenzione su alcuni punti nevralgici nei rapporti tra i due sistemi: la questione dell'esonero da responsabilità per fatti coperti da assicurazione obbligatoria, la questione INAIL e la connessa tematica del c.d. danno differenziale ossia quella categoria che ricomprende tutte quelle voci di danno che non coperte dall'assicurazione obbligatoria INAIL restano a carico del datore di lavoro.

ESONERO DI RESPONSABILITÀ EX ART. 10 DEL T.U.

L'art. 10 del t.u. 1965 prevede che per il solo fatto di essere coperto dall'assicurazione obbligatoria presso l'INAIL il datore sia esonerato dalla responsabilità civile per gli infortuni, salvo l'irrogazione di sanzioni penali a suo carico.

Circa il quantum del risarcimento l'art.10 pone precisi vincoli: non spetta alcun risarcimento qualora il giudice riconosca che questo non ascende a somma maggiore dell'indennità INAIL mentre, quando si faccia luogo a risarcimento, questo è dovuto solo per la parte che eccede l'indennità.

Dopo aver erogato l'indennizzo l'INAIL può esercitare l'azione di surroga ex art. 1916 c.c. nei diritti del danneggiato contro il terzo responsabile estraneo al rapporto assicurativo, oppure l'azione di regresso ai sensi degli artt.10 e 11 del T.U. contro i soggetti civilmente responsabili.

L'art.10 del T.U. prevedeva che il fatto-reato venisse accertato, il che escludeva, secondo l'interpretazione comune, la possibilità di imputare i danni al d.l. per colpa presunta ma oggi pare si possa andare incontro ad un ripensamento per effetto del cambio di orientamento della Cassazione sulla risarcibilità del danno morale anche in assenza di accertamento della responsabilità nei casi in cui la colpa dell'agente sia presunta. Quindi oggi qualora concorrano sia la responsabilità contrattuale che quella extracontrattuale il danneggiato ha a sua disposizione due diverse azioni quella ex art. 1218 c.c. fondata sulla presunzione di colpa e che limita il risarcimento ai soli danni prevedibili al momento della nascita dell'obbligazione e quella ex art.2043 la quale pone a carico del danneggiato l'onere della prova.

L'INDENNIZZO DEL DANNO BIOLOGICO DA PARTE DELL'INAIL

L'indennizzo si basa sui seguenti principi:

1. **menomazioni fino al 5%:** franchigia assoluta (L'INAIL NULLA CORRISPONDE)
2. **menomazioni di grado pari o superiori al 6% ed inferiori al 16%:** L'INAIL EROGA L'INDENNIZZO IN CAPITALE
3. **menomazioni dal 16%:** L' INAIL EROGA L'INDENNIZZO IN RENDITA maggiorato di un'ulteriore quota di rendita per l'indennizzo delle conseguenze delle stesse, commisurata al grado della menomazione, alla retribuzione dell'assicurato e alla tabella dei coefficienti la quale misura la capacità reddituale rimasta dopo l'infortunio, ossia l'incidenza dell'evento sulla possibilità di continuare l'attività lavorativa.

Va precisato che mentre in campo R.C. si assiste al proliferare di varie tabelle medico legali, l'unico parametro dotato di valenza ed efficacia normativa È proprio quella data dalla

tabella delle menomazioni per la valutazione del danno biologico contenuta nel D.M. 12 LUGLIO 2000.

DANNI RISARCIBILI

IL DANNO PATRIMONIALE

Il fondamento del danno patrimoniale è costituito dall'art. 1223 C.C., il quale prevede una componente statica e una dinamica.

La prima è costituita dal c.d. danno emergente ossia lo stock delle utilità di cui una persona dispone in un dato momento e il costo che il danneggiato deve sostenere per ripristinare la situazione ante evento, la seconda è rappresentata dal lucro cessante ossia il pregiudizio futuro che si concreta nella perdita di nuove utilità, nuovi beni, nuovi diritti.

IL DANNO BIOLOGICO

Menomazione dell'integrità psico-fisica della persona in se e per se considerata in quanto incidente su un valore umano che si ripercuote non solo sulla capacità di produrre ricchezza, ma anche a tutte le funzioni che il soggetto esplica quotidianamente in ambito sociale, culturale, estetico, economico. Per la sua indennizzabilità è prevista una franchigia del 6%.

Pertanto dal 6% al 16% si farà riferimento ad una tabella delle menomazioni comprensiva degli aspetti dinamico relazionali. Per le lesioni superiori al 16% si ha diritto ad una ulteriore quota di rendita per l'indennizzo delle conseguenze stesse, commisurata al grado della menomazione, alla retribuzione dell'assicurato o al coefficiente di cui all'apposita tabella di coefficienti costituenti indici per la determinazione della percentuale di retribuzione da prendere in riferimento per l'indennizzo delle conseguenze patrimoniali, in relazione alla categoria dell'attività lavorativa di appartenenza dell'assicurato e alla ricollocabilità dello stesso.

TERMINI DI PRESCRIZIONE E PROCEDURA DI RISARCIMENTO

1. In caso di infortunio, il datore di lavoro deve obbligatoriamente entro 2 giorni effettuare denuncia all' INAIL inviando i relativi certificati medici. Il termine di 2 giorni inizia a decorrere da quando ha ricevuto i certificati.
2. In caso di morte, la denuncia deve essere fatta entro 24 ore dall'infortunio, non solo all'INAIL; ma anche all'autorità giudiziaria.
3. Contenuto della denuncia: generalità del lavoratore infortunato, giorno, ora, cause dell'infortunio, circostanze dello stesso, eventuali deficienze sanitarie, natura della lesione, rapporto con le cause denunciate, eventuali alterazioni preesistenti, generalità della ditta o del datore di lavoro, indicazione dei testimoni, generalità del lavoratore infortunato.
4. Le denunce possono essere inviate a mezzo racc. a/r presso le sedi INAIL competenti per territorio ove l'infortunato ha instaurato il proprio domicilio o presta la propria attività lavorativa
5. Legittimato attivo: datore di lavoro
6. Legittimato passivo: INAIL
7. Obbligo di inoltro della denuncia di infortunio anche alle autorità di Pubblica Sicurezza, esclusivamente per gli infortuni sul lavoro, non anche per le malattie professionali
8. Termine risposta: l'INAIL, ricevuto il certificato medico, deve provvedere quanto prima e comunque entro e non oltre il ventesimo giorno dall'infortunio, alla corresponsione dell'indennità da inabilità temporanea
9. Silenzio - rifiuto: decorsi 120 gg dalla richiesta di indennizzo senza che vi sia stata risposta dell'INAIL, la stessa si intende respinta, in quanto si applica la disciplina del silenzio - rifiuto. Se c'è riconoscimento delle lesioni, ma si verifica un ritardo nel pagamento, saranno dovuti anche gli interessi moratori sul ritardo.
10. Contenzioso amministrativo: l'infortunato, il quale non condivida la scelta dell'INAIL di non dover corrispondere alcuna indennità, o non concordi sulla data di cessazione dell'indennità per ITT e ITP, o non accetti la liquidazione di una rendita provvisoria, comunica all'istituto assicurativo con lettera raccomandata a/r, entro 60 giorni dalla

comunicazione fattagli, i motivi per i quali non ritiene giustificabile il provvedimento dell'istituto, precisando, nel caso in cui si tratti di inabilità permanente, la misura di indennità che ritiene essergli dovuta. È necessario, all'uopo allegare alla domanda un certificato medico giustificativo delle proprie ragioni.

11. Ricorso amministrativo: costituisce la fase successiva del contenzioso amministrativo. Bisogna rivolgersi ad un apposito ufficio INAIL con funzioni di "organo d'appello" al diniego dell'indennizzo.
12. Ricorso giudiziario: Espletato il ricorso amministrativo senza esiti positivi si può finalmente adire il Tribunale in funzione di giudice del lavoro. Occorre specificare che l'azione giudiziale non può essere promossa se non espletato il ricorso amministrativo, considerato come tentativo obbligatorio di conciliazione.
13. Prescrizione: l'azione per conseguire le prestazioni si prescrive in tre anni, decorrenti dal giorno dell'infortunio o della malattia professionale. La prescrizione si sospende in caso di ricorso amministrativo per un periodo massimo che va da 150 gg a 210 gg a seconda che l'oggetto dello stesso siano le prestazioni per infortunio o revisioni di rendite.
14. Interruzione della prescrizione: avviene con la volontà dell'avente diritto, il quale manifesta comportamenti tesi ad intraprendere le pratiche amministrative per la liquidazione dell'indennizzo o mediante il deposito di un ricorso al giudice del lavoro.
15. Rinunce e transazioni: è nullo qualsiasi patto teso ad eludere il pagamento delle indennità o teso a diminuire la misura stabilita. Le transazioni concernenti il diritto all'indennità o la misura di esse non sono valide se non "omologate" dal tribunale che provvede in camera di consiglio.
16. Collegio arbitrale: se l'infortunato rifiuta di sottoporsi ad una visita medica, l'accertamento dei motivi del rifiuto è demandato ad un collegio arbitrale composto da tre medici, uno di nomina dell'infortunato, uno designato dall'istituto assicuratore (o dal tribunale o dall'ente che lo rappresenta) ed il terzo dalle parti congiuntamente o dal ministero della Sanità in caso di disaccordo.

Schema riepilogativo:

- Fase 1 - presentazione domanda amministrativa tesa al riconoscimento dell'indennizzo di ITT, ITP e IP o di altre voci previdenziali;
- Fase 2 - proposizione del ricorso amministrativo e conseguente svolgimento del relativo contenzioso in caso di rigetto della domanda amministrativa;
- Fase 3 - decorsi 180 gg dalla proposizione del ricorso amministrativo, non andata a buon fine, si può adire il tribunale in funzione di giudice del lavoro.



Secure Refund s.r.l.

Direzione franchising , sede legale e amministrativa:

Via del Serrone, 62 - 47890 San Marino - loc.Murata (RSM)

Tel. 0549.99.06.18 - Fax 0549.99.14.06

Isc. Reg. Soc. n.7386 del 03/12/2015 - Cod. op. ec. N.SM26605

info potenziali affiliati: franchising@infortunistica.it

info agenzie e Clienti: segreteria@taddiagroup.it

www.taddiagroup.it

Direzione Sinistri

Via del Serrone, 62 - 47890 San Marino - loc.Murata (RSM)

Tel. 0549.99.06.18 - Fax 0549.99.14.06

direzionesinistrirsm@taddiagroup.it