

# **LOTTA ALLE FRODI: PRIORITA' ECONOMICA E MORALE**

**La corruzione è l'arma della mediocrità**

*Honorè de Balzac*

**Il complice del crimine della corruzione è spesso la nostra stessa indifferenza**

*Bess Myerson*

**Giovanni Cannavò <sup>1</sup>**

## **SENTENZE INNOVATIVE DEL 2014 – CAMBIA IL VENTO?**

Nell'anno in corso diverse sentenze di merito e delle Corti Superiori hanno interessato il risarcimento del danno alla persona apportando elementi innovativi sia dal punto di vista giuridico che pratico.

La prima pronuncia di rilievo può essere considerata la sentenza del 13 giugno 2014, n. 13537 della III Sezione Civile della Corte di Cassazione, relatore il dr. Marco Rossetti che, ai familiari di un soggetto deceduto a seguito delle lesioni riportate in un incidente stradale, ha di fatto negato il cumulo tra risarcimento del danno alla salute e benefici per causa di servizio. In sostanza la sentenza sancisce che dal risarcimento del danno alla salute deve detrarsi alla vittima quanto percepito a titolo di pensione privilegiata o trattamento previdenziale.

Il mese successivo un'altra sentenza sollevava l'interesse degli addetti ai lavori. La Prima Sezione Civile del tribunale di Milano con pronuncia del 17 luglio 2014, estensore il dr. Patrizio Gattari, ha sancito che, nei confronti del singolo medico che opera all'interno di una struttura pubblica, è il paziente a dover fornire le prove che c'è stato un errore medico ed ha cinque anni per agire in giudizio anziché dieci. La sentenza si richiama all'art. 3, comma 1 del Decreto Balduzzi, che si prefigge lo scopo di limitare l'eccesso di contenzioso che chiama in causa i singoli medici ed il

---

<sup>1</sup> **Giovanni Cannavò**, Presidente Associazione *Melchiorre Gioia*, Amministratore di Medexpert srl

conseguente ricorso alla medicina difensiva: *il medico che si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve.*

La sentenza propone una rimeditazione del tradizionale orientamento giurisprudenziale che qualificava come contrattuale sia la responsabilità della struttura che quella dei sanitari che vi operavano e, rispetto a questi ultimi, riconduce il fatto illecito all'art. 2043 del codice civile, ovvero, che l'obbligazione risarcitoria del medico scaturisce solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano (che il danneggiato ha l'onere di provare). Quindi, se il paziente agisce in giudizio nei confronti del solo medico con il quale è venuto in "contatto" presso una struttura sanitaria, senza allegare la conclusione di un contratto con il convenuto, la responsabilità risarcitoria del medico va affermata soltanto in presenza degli elementi costitutivi dell'illecito ai sensi dell'art. 2043 c.c. che l'attore ha l'onere di provare.

La sentenza ribalta la consolidata giurisprudenza, più che ventennale, della Cassazione e quindi non è dato sapere se reggerà all'eventuale vaglio della Suprema Corte; quel che è certo che ad oggi ha suscitato l'entusiasmo della classe medica.

Ultima pronuncia, di grande rilievo, che chiude questa sintetica panoramica giurisprudenziale è stata senz'altro la sentenza N. 235 della Corte Costituzionale, relatore il dr. Mario Rosario Morelli.

Questa riprende quanto già espresso il 23 gennaio 2014 dalla Corte di Giustizia Europea che aveva emesso la propria sentenza su "*Assicurazione obbligatoria della responsabilità civile risultante dalla circolazione di autoveicoli - Direttive 72/166/CEE, 84/5/CEE, 90/232/CEE e 2009/103/CEE - Sinistro stradale - Danno morale - Risarcimento - Disposizioni nazionali che istituiscono per i sinistri stradali modalità di calcolo meno favorevoli alle vittime rispetto a quelle previste dal sistema comune della responsabilità civile - Compatibilità con tali direttive*"

Le conclusioni cui giungeva la Corte Europea sono state nette e chiare:

- . ... *ai sensi del diritto italiano la responsabilità civile dell'assicurato a titolo di danni morali subiti da persone a causa di un sinistro stradale non può eccedere gli importi coperti, in forza dell'articolo 139 del codice dell'assicurazioni private, dall'assicurazione obbligatoria....*
- . .... *Ne consegue che si deve rispondere alla questione proposta dichiarando che gli articoli 3, paragrafo 1, della prima direttiva e 1, paragrafi 1 e 2, della seconda direttiva devono essere interpretati nel senso che non ostano ad una legislazione nazionale come quella di cui trattasi nel procedimento principale, la quale prevede un particolare sistema di risarcimento dei danni morali derivanti da lesioni corporali di lieve entità causate da sinistri stradali, che limita il risarcimento di tali danni rispetto a quanto ammesso in materia di risarcimento di*

*danni identici risultanti da cause diverse da detti sinistri...*

La Corte Costituzionale, sulla linea della Corte Europea, ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 (Codice delle assicurazioni private), rigettando le istanze dei magistrati di Torino, Ostuni, Tivoli e Recanati.

*“ Orbene, in un sistema, come quello vigente, di responsabilità civile per la circolazione dei veicoli obbligatoriamente assicurata – in cui le compagnie assicuratrici, concorrendo ex lege al Fondo di garanzia per le vittime della strada, perseguono anche fini solidaristici, e nel quale l'interesse risarcitorio particolare del danneggiato deve comunque misurarsi con quello, generale e sociale, degli assicurati ad avere un livello accettabile e sostenibile dei premi assicurativi – la disciplina in esame, che si propone il contemperamento di tali contrapposti interessi, supera certamente il vaglio di ragionevolezza.*

*Infatti, l'introdotta meccanismo standard di quantificazione del danno – attinente al solo specifico e limitato settore delle lesioni di lieve entità e coerentemente riferito alle conseguenze pregiudizievoli registrate dalla scienza medica in relazione ai primi (nove) gradi della tabella – lascia, comunque, spazio al giudice per personalizzare l'importo risarcitorio, risultante dalla applicazione delle suddette predisposte tabelle, eventualmente maggiorandolo fino ad un quinto, in considerazione delle condizioni soggettive del danneggiato”.*

Queste sentenze senz'altro importanti e del tutto scollegate fra loro, a mio avviso è come se avessero un filo conduttore comune: segnano un'inversione di tendenza rispetto al passato; la filosofia dominante sembra quasi quella di richiamare ad un maggior senso di responsabilità sul fatto che le risorse economiche non sono infinite e non è più possibile mantenere i livelli di spesa usati in passato.

Nella sostanza continuano il percorso innovativo iniziato con l'applicazione dell'art. 32 della legge 27/2012 che ha rappresentato il vero elemento di discontinuità in tema di risarcimento del danno alla persona.

La legge fortemente contrastata, fin dal suo debutto, da vasti settori di tutte le professioni coinvolte nella gestione e nella valutazione del danno che vedevano minacciati interessi e posizione di rendita consolidati da anni, ha faticato non poco a trovare il giusto punto di equilibrio con l'applicazione pratica rispettosa dei contenuti della norma e della volontà del legislatore.

Giova ricordare le forti resistenze manifestate soprattutto in ambito medico legale, dove, inizialmente, anche parte dei medici delle reti fiduciarie di compagnia, tendevano a disattendere le *Linee Guida* di riferimento continuando a riconoscere i postumi permanenti anche nei casi in cui non sussisteva alcuna prova obiettiva e

suffragata da accertamenti strumentali. La permanenza di posizioni ambigue all'interno dello stesso ambito dei medici legali di compagnia portava i patrocinatori a osteggiare i fiduciari rispettosi della legge che venivano fatti oggetto di ostracismo e tentativi da parte dei patrocinatori di indirizzare gli accertamenti verso medici più compiacenti.

Grazie alla tenacia di coloro che hanno saputo resistere alle intimidazioni, al rischio di una riduzione del carico di lavoro, gradualmente è iniziato quel percorso virtuoso che ha portato di fatto ad un maggior rispetto della normativa.

Ma, mano a mano che la valutazione dei postumi permanenti tendeva sempre di più allo zero, tanto più lievitavano i giorni di malattia certificati ed aumentavano gli importi delle spese di cure mediche da rimborsare.

Dal 2011 al 2013<sup>2</sup> i sinistri con lesione sono passati dal 22,4 % al 19,3% con un costo complessivo di 7,7 miliardi di euro, di cui 2,6 miliardi sono stati spesi per risarcire le invalidità micropermanenti con valutazione fino ai nove punti percentuali, mentre 5,1 miliardi sono andati a risarcire i danni da morte e le invalidità a partire da dieci punti percentuali. Nonostante il calo dei sinistri l'aumento dei costi registrato per il risarcimento dei macrodanni è stato dovuto all'effetto della Sentenza della Cassazione 12408/2011 che ha uniformato i risarcimenti alle Tabelle di Milano. E' evidente che i tempi sono maturi per un intervento legislativo in questo settore anche se sarebbe auspicabile giungere a criteri unitari di valutazione del danno alla persona senza la differenziazione in due fasce di invalidità, sotto e sopra il 9%, che crea comunque delle disparità. In pratica mal si comprende perché non vi sia un criterio uniforme come esiste in Spagna e Portogallo dove i risarcimenti sono integralmente disciplinati per legge.

## **LE FRODI DIFFUSE CONTINUANO A CRESCERE**

Al contempo anche le frodi, tuttora sottostimate in quanto *fenomeno sommerso*, danno un loro, originale, contributo all'aumento dei costi che si scaricano sui premi pagati per assicurarsi, che a loro volta incentivano le truffe. Questo circolo vizioso ha effetti distorsivi sulle regole di mercato che vedono gli assicurati onesti penalizzati e costretti a sostenere oneri aggiuntivi.

La relazione dell'Ivass,<sup>3</sup> rileva che il numero dei sinistri a rischio frode dai 400.000 circa del 2012 sono passati a circa 460.000 per il 2013 con un incremento del 15%, che sale al 16,5% se ponderato con la riduzione dei sinistri denunciati registrata nel 2013.

---

<sup>2</sup> Ania Trends N 24 – luglio 2014

<sup>3</sup> Ivass – Servizio Studi e Gestione Dati – Divisione Banche Dati e Antifrode  
Relazione Antifrode 2013 – presentata Luglio 2014

L'Ania conferma questa non esaltante statistica in cui il primato negativo spetta al Sud Italia, dove il rischio frode arriva al 24%, ovvero una su quattro, con punta massima in Campania con il suo 29,9%, che nettamente contrasta con il 13,1% del Centro Italia.

Di nuovo l'Ivass pone l'attenzione sulla rilevanza dell'incidenza dei sinistri con lesione che in ambito truffaldino svolgono un ruolo importante: questo è dimostrato non solo dal dato macro regionale dove al Nord raggiungono il 21,7%, mentre nel Sud arrivano a sfiorare il 39%, passando dal 27,6% del Centro al 32% delle Isole ma soprattutto dal dato provinciale dove si rileva come alcune province raggiungano valori illogici e chiaramente fraudolenti come a Foggia con 54,3%, Brindisi 52,74%, Crotone 55%.<sup>4</sup>

Le compagnie di assicurazione non si sono dimostrate insensibili a questa pericolosa deriva, e sono intervenute sia potenziando le unità antifrode sia aumentando il ricorso all'autorità giudiziaria con un aumento delle querele che nel 2013 hanno registrato un aumento del 30% rispetto all'anno precedente per fattispecie legate a possibili truffe in fase liquidativa. Ma è evidente che l'azione di contrasto giudiziario non è da sola sufficiente a ridurre questo fenomeno che più efficacemente potrà essere contenuto con la prevenzione. Il 50% del totale dei sinistri oggetto di denuncia/querela si concentra nel Sud Italia, nonostante nella stessa area territoriale siano localizzate soltanto il 18,2% delle vetture assicurate in Italia ed il 18,70% dei sinistri, a fronte di una percentuale di sinistri oggetto di denuncia-querela che nel Nord, area territoriale che raccoglie il 50,04% delle vetture assicurate a livello nazionale ed il 46,84% dei sinistri, arriva al 22,93% del totale.<sup>5</sup>

Da parte sua, l'Ivass ha costituito la Banca Dati Sinistri che viene alimentata con i dati forniti dalle imprese di assicurazione entro una settimana dal ricevimento della denuncia del sinistro. La BDS è in grado di fornire elementi identificativi del sinistro, dei veicoli, dei soggetti coinvolti, dei professionisti incaricati (periti, medici legali, autofficine ecc.), autorità intervenute, pronto soccorso e potrà essere consultata dalle compagnie di assicurazione, organi di polizia ed autorità giudiziaria.

Il passo successivo sarà l'istituzione, sempre presso l'Ivass dell'Archivio Informativo Antifrode per la prevenzione ed il contrasto delle frodi nella RCA che oltre ad utilizzare i dati della BDS potrà avvalersi dei dati del PRA, gli archivi del Fondo di Garanzia Vittime delle Strada, dell'Uci ed altre banche dati private e pubbliche.

Nell'AIA saranno conservate anche le informazioni fornite dalla *scatola nera* installata sugli autoveicoli che potrà fornire utili indicazioni relative al sinistro.

I servizi legati alla scatola nera sono infatti stati studiati per valutare la coerenza fra i dati rilevati dal dispositivo e il sinistro denunciato.

Vengono dunque registrati i dati relativi all'evento che permettono di risalire alla forza e all'area di impatto, alla velocità del veicolo al momento dell'urto ed ai percorsi effettuati dal veicolo prima e dopo la collisione e pertanto risulta più facile ricostruire quanto accaduto.

---

<sup>4</sup> Ivass – Servizio Studi e Gestione Dati – Divisione Banche Dati e Antifrode  
Relazione Antifrode 2013 – presentata Luglio 2014

<sup>5</sup> <http://www.ania.it/it/risultati-ricerca.html?keys=FRODI>

L'uso dei dati accelerometrici nella normale gestione del sinistro consente di individuare differenze e discordanze rispetto alla denuncia soprattutto in termini di luogo di accadimento e tipo di danno.

Utilizzando queste informazioni in situazioni già ritenute "sospette", la Compagnia è in grado di individuare aumenti fraudolenti dei danni materiali ed indagare meglio, come conseguenza di sinistri con impatti di lievissima entità, le lesioni denunciate (Sentenze n. 728-729/2013 del Giudice di Pace di Latina; Sentenza n. 109440/2012 del Giudice di Pace di Milano).

Altresì attraverso la localizzazione del veicolo, è possibile smascherare artificiose variazioni dei dati temporali del sinistro per evitare che vengano denunciati eventi mai accaduti o avvenuti in altro luogo e tempo fino ad arrivare alla simulazione di furto (Sentenza n. 160/2011 del Tribunale Civile di Busto Arsizio; sentenza n. 67/2014 del Tribunale Penale di Busto Arsizio).

Come si vede, un agguerrito schieramento si sta posizionando per arginare un fenomeno ormai dilagante, dove alle consolidate attività delle organizzazioni criminali, il cui contrasto spetta sostanzialmente all'autorità di polizia e giudiziaria, si aggiungono fenomeni socioculturali diffusi da sempre in cui la frode è legata a situazioni occasionali e perpetuata da soggetti diversi di non facile individuazione. Infine, aggiungasi a tutto ciò la crisi economica che spinge a scelte elusive come la contraffazione del contrassegno di assicurazione che sembra essere diventato negli ultimi anni di vastissime proporzioni.

Ma è logico che la frode sia tentata dove essa è più remunerativa, ovvero, nel campo del risarcimento del danno alla persona dove si può assistere sia a comportamenti legata ad aspetti socio culturali come la facilità e superficialità con cui si fa ricorso a false certificazioni mediche emesse per sostenere improbabili lunghi periodi malattia a fronte di lesioni modestissime o per giustificare il rimborso di presunte terapie mediche, non necessarie, talvolta nemmeno utili e forse mai effettuate. Inoltre, per giustificare l'intero impianto risarcitorio delle lesioni si prescrivono con colpevole negligenza e si eseguono con estrema leggerezza accertamenti strumentali, non solo inutili e costosi ma anche potenzialmente dannosi.

## **LE STATISTICHE SULLE MICROLESIONI CONFERMANO I FENOMENI FRAUDOLENTI**

Riportiamo di seguito i risultati di un'analisi di circa 20.000 perizie relative a traumi minori del collo focalizzando l'attenzione sui giorni di inabilità temporanea riconosciuta dal medico fiduciario. In nessun caso, correttamente, il fiduciario riconosce periodi di malattia per inabilità totale ma fraziona i valori nelle tradizionali

fasce del 75% - 50% - 25%. A fronte di una media nazionale di 33 giorni complessivi riconosciuti ci sono i due estremi dei 22 giorni della Campania ai 43 giorni del Friuli. Se si scorpora il dato a livello provinciale la forbice si allarga ulteriormente con il netto contrasto tra i valori di 15 giorni di Ascoli Piceno che stridono rispetto ai 51giorni di Venezia. Va da sé l'assurdo del riconoscimento di giorni di malattia assolutamente sproporzionati al tipo di lesione.

L'irrazionalità di un sistema che lascia legittimi dubbi sulla correttezza comportamentale del medico certificatore avevamo già avuto occasione di rilevarla in un precedente studio " *...I giorni di malattia e convalescenza che spesso sono certificati in maniera seriale, con contenuti generici anche quando il danneggiato si è recato al pronto soccorso dopo alcuni giorni dal sinistro, quando non si è mai assentato dal lavoro non permettono di distinguere la bontà delle singole storie e quasi mai sono al di sotto dei 30 - 40 giorni fino a raggiungere anche i 60-70 giorni. Talvolta, sembra che il fiduciario tenda a compensare il mancato riconoscimento di postumi permanenti con un maggior periodo di inabilità temporanea. Che il periodo sia abnorme lo dice non solo la logica ma soprattutto la clinica ove si tenga conto che per le gravi patologie che richiedono l'ospedalizzazione i dati del Ministero della Salute ci dicono che nel periodo dal 1997 al 2003 vi è stata una costante e progressiva riduzione del periodo di degenza media che ha finito per assestarsi dal 2005 intorno a 6,7 giorni di media. Ciò si spiega soprattutto con il miglioramento delle tecniche diagnostiche e terapeutiche, in particolare chirurgiche, e il passaggio dai regimi ordinari di ricovero ai day surgery e day hospital. Volendo fare un'analisi comparativa, di fronte ad una realtà in cui nella maggior parte degli interventi chirurgici nell'arco di tempo di 30 - 60 giorni si giunge a guarigione, non trova giustificazione quanto si riscontra nella prassi valutativa del colpo di frusta...."*<sup>6</sup>

Ma se quanto già espresso non fosse convincente ma semplicemente attenendosi correttamente ai principi giuridici enunciati di seguito, " *... Nell'ambito della valutazione del danno alla persona in responsabilità civile, nei rispetti del parametro "inabilità temporanea" compito del medico legale è dunque quello di identificare il periodo in cui, per effetto delle conseguenze del fatto lesivo che lo ha colpito, il soggetto è stato temporaneamente incapace di espletare gli atti, sia lavorativi, sia extralavorativi, che caratterizzano la sua vita prima che il fatto lesivo si verificasse...*"<sup>7</sup>, è banale domandarsi quante attività libero professionali, commerciali, artigianali ed altro si fermano per il colpo di frusta che ha interessato il titolare e per quanti giorni questi non sia stato in grado di effettuare autonomamente gli atti della vita quotidiana.

---

<sup>6</sup> Dimostrare il colpo di frusta, Profili giuridici e medico legali – Giovanni Cannavò - Maggioli Editore 2014

<sup>7</sup> La prova del danno biologico – Marco Rossetti, Giovanni Cannavò, Laura Mancini, Luigi Mastroberto – Giuffrè editore 2014

INVALIDITÀ TEMPORANEA SU 19.274 PRATICHE DI TMC<sup>8</sup>

DATO REGIONALE

REGIONE	MEDIA_ITT	MEDIA_ITP_75	MEDIA_ITP_50	MEDIA_ITP_25	TOTALE
CAMPANIA	0,14	3,31	10,09	8,90	22
SICILIA	0,37	7,68	10,99	8,29	26
PIEMONTE E VAL D'AOSTA	0,11	0,34	11,49	14,75	26
LAZIO	0,65	7,36	9,38	10,10	27
BASILICATA	0,15	7,64	14,40	8,02	30
EMILIA	0,34	7,48	10,92	12,39	30
MARCHE	0,36	7,92	11,17	11,29	30
PUGLIA	0,49	7,05	14,35	10,95	32
TRENTINO	1,19	7,53	9,59	12,73	32
LOMBARDIA	0,24	9,07	11,29	12,73	33
TOSCANA	0,58	5,59	11,63	13,53	33
LIGURIA	0,42	6,64	14,59	11,36	33
ABRUZZO E MOLISE	0,59	6,76	11,77	13,82	34
UMBRIA	1,03	9,77	12,07	11,09	34
CALABRIA	0,95	6,43	14,72	15,42	37
VENETO	0,23	9,81	12,86	15,54	39
SARDEGNA	0,48	10,30	14,73	17,01	42
FRIULI	0,09	5,96	8,85	27,51	43
MEDIA NAZIONALE	<b>0,41</b>	<b>7,22</b>	<b>11,69</b>	<b>12,69</b>	<b>33</b>

ESTREMI DEL DATO PROVINCIALE

VALORI MINIMI

PROVINCIA	MEDIA_ITT	MEDIA_ITP_75	MEDIA_ITP_50	MEDIA_ITP_25	TOTALE
Ascoli Piceno	0,13	4,43	5	5,79	15
Ragusa	0,1	7,07	10,85	0,13	18
Fermo	0	4,6	6,27	8,13	19

<sup>8</sup> Trauma Minore del Collo = Colpo di Frusta



## VALORI MASSIMI

PROVINCIA	MEDIA_ITT	MEDIA_ITP_75	MEDIA_ITP_50	MEDIA_ITP_25	TOTALE
<b>Gorizia</b>	0,09	5,7	8,52	30,61	46
<b>Trieste</b>	0,05	6,8	8,52	32,77	49
<b>Venezia</b>	0,23	12,28	18,27	21,46	51

Parimenti, per le spese mediche, i dati regionali e provinciali ci danno dei valori estremi che confermano come si sia fuori da logiche cliniche e medico legali con la certezza che alla base di tali risultati non possano esservi che situazioni fortemente speculative e fraudolente. I dati si commentano da soli non solo per la grande difformità degli importi a seconda delle varie realtà territoriali, ma anche perché il dato di maggior incidenza economica è quello relativo ai trattamenti fisioterapici che più di ogni altra voce di spesa si presta ad operazioni fraudolente.

## SPESE MEDICHE- DATO REGIONALE

<b>PERCENTUALE PRATICHE CON SPESE ESIBITE SUL TOTALE PRATICHE: 71,8 %</b>	
<b>CAMPANIA</b>	€ 99,14
<b>CALABRIA</b>	€ 122,86
<b>BASILICATA</b>	€ 205,44
<b>PUGLIA</b>	€ 232,38
<b>LAZIO</b>	€ 272,18
<b>ABRUZZO E MOLISE</b>	€ 282,63
<b>LIGURIA</b>	€ 325,17
<b>SICILIA</b>	€ 342,02
<b>TRENTINO</b>	€ 352,52
<b>LOMBARDIA</b>	€ 365,78
<b>VAL D'AOSTA</b>	€ 399,80
<b>PIEMONTE-V. AOSTA</b>	€ 427,51
<b>SARDEGNA</b>	€ 431,18
<b>MARCHE</b>	€ 454,41
<b>TOSCANA</b>	€ 454,83
<b>EMILIA</b>	€ 501,06
<b>UMBRIA</b>	€ 539,19
<b>FRIULI</b>	€ 743,48
<b>VENETO</b>	€ 840,37

Costo media nazionale € 413,46

## ESTREMI DEL DATO PROVINCIALE

### VALORI MINIMI

<b>PROVINCIA</b>	<b>Totali</b>
Vercelli	€ 47,74
Verbania	€ 51,92
Napoli	€ 53,36

### VALORI MASSIMI

<b>PROVINCIA</b>	<b>Totali</b>
Trieste	€ 1.045,56
Venezia	€ 1.064,34
Padova	€ 1.105,06

COMPOSIZIONE SPESE MEDICHE – DATO REGIONALE

REGIONE	Tratt_Fisioterapici	Visite_Specialistiche	Certif_Assic	Accert_Diagnostici	Farmaci	Perizia_di_parte	Altro	Totali
CAMPANIA	€ 33,25	€ 36,46	€ 8,91	€ 13,57	€ 2,06	€ 1,82	€ 3,08	€ 99,14
CALABRIA	€ 67,19	€ 19,67	€ 13,74	€ 7,48	€ 3,36	€ 7,67	€ 3,75	€ 122,86
BASILICATA	€ 70,13	€ 53,49	€ 25,26	€ 14,94	€ 3,40	€ 28,99	€ 9,22	€ 205,44
PUGLIA	€ 67,36	€ 72,91	€ 27,36	€ 30,60	€ 3,63	€ 22,41	€ 8,10	€ 232,38
LAZIO	€ 117,07	€ 67,32	€ 12,44	€ 49,71	€ 4,04	€ 14,52	€ 7,08	€ 272,18
ABRUZZO E MOLISE	€ 99,54	€ 41,31	€ 37,87	€ 26,57	€ 2,60	€ 65,62	€ 9,12	€ 282,63
LIGURIA	€ 99,08	€ 78,68	€ 52,75	€ 27,46	€ 9,38	€ 49,93	€ 7,89	€ 325,17
SICILIA	€ 130,01	€ 93,22	€ 13,95	€ 39,18	€ 6,06	€ 39,66	€ 19,93	€ 342,02
TRENTINO	€ 190,04	€ 86,51	€ 9,10	€ 16,62	€ 4,14	€ 34,56	€ 11,56	€ 352,52
LOMBARDIA	€ 190,75	€ 81,38	€ 31,83	€ 20,36	€ 8,15	€ 24,42	€ 8,90	€ 365,78
VAL D'AOSTA	€ 252,55	€ 105,23	€ 0,00	€ 42,02	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 399,80
PIEMONTE- V. AOSTA	€ 279,58	€ 66,69	€ 11,30	€ 12,45	€ 4,84	€ 40,68	€ 11,97	€ 427,51
SARDEGNA	€ 205,25	€ 125,21	€ 2,90	€ 27,24	€ 8,28	€ 45,09	€ 17,20	€ 431,18

MARCHE	€ 138,95	€ 91,95	€ 38,87	€ 40,18	€ 3,47	€ 132,59	€ 8,40	€ 454,41
TOSCANA	€ 98,72	€ 98,66	€ 70,60	€ 34,19	€ 2,92	€ 134,04	€ 15,70	€ 454,83
EMILIA	€ 203,01	€ 99,96	€ 28,10	€ 40,10	€ 6,54	€ 106,82	€ 16,53	€ 501,06
UMBRIA	€ 243,76	€ 91,10	€ 28,79	€ 76,24	€ 1,90	€ 84,28	€ 13,12	€ 539,19
FRIULI	€ 381,08	€ 124,22	€ 12,92	€ 32,30	€ 9,71	€ 115,64	€ 67,60	€ 743,48
VENETO	€ 430,92	€ 228,38	€ 14,30	€ 61,78	€ 7,37	€ 74,92	€ 22,69	€ 840,37
MEDIA NAZIONALE	€ 178,81	€ 96,03	€ 26,64	€ 34,55	€ 5,42	€ 58,49	€ 13,53	€ 413,46

Da aggiungere a queste considerazioni l'assurda differenza che sovente si riscontra con il periodo d'inabilità temporanea e con le spese sostenute per danni di media gravità e gravi. Nel primo caso non è infrequente riscontrare periodi di malattia certificati simili a quelli per il colpo di frusta; nel secondo caso addirittura le spese mediche sostenute per curare un trauma minore del collo superano talvolta quelle di menomazioni fino al 40%.

Un capitolo a parte meriterebbero gli esami inutili. Con la legge 27/2012 e la conseguente obbligatorietà di dimostrare strumentalmente la lesione vi è stata una netta impennata del ricorso agli esami, dove nel caso delle micropermanenti appare evidente la finalità medico legale piuttosto che clinica. In questo caso entra in discussione non solo l'aspetto economico, ovvero dei costi evitabili vista l'inutilità a fini clinici, ma anche l'aspetto deontologico e morale di far sottoporre persone ad accertamenti talvolta potenzialmente dannosi ed intasare le strutture sanitarie di richieste che sottraggono tempo e risorse ai veri bisognosi. Lo scopo speculativo è ampiamente confermato dall'anomala concentrazione di esami altamente specialistici come l'esame elettromiografico di competenza neurologica e le prove vestibolari di competenza otorinolaringoiatrica che vengono effettuati con frequenza abnorme in alcuni ambiti territoriali. In pratica vi è il riscontro di *accertamenti seriali* eseguiti su tutti i presunti lesi di un incidente stradale con risultati patologici sovrapponibili, ulteriore prova della loro dubbia genuità.

## DANNI DI MEDIA GRAVITA' E GRAVI

### INVALIDITÀ TEMPORANEA

VALUTAZIONI %	MEDIA_ITT	MEDIA_ITP_75	MEDIA_ITP_50	MEDIA_ITP_25	TOTALE
TRA 4 E 9	<b>12,54</b>	<b>17,66</b>	<b>22,38</b>	<b>20,21</b>	<b>73</b>
TRA 10 E 19	<b>28,41</b>	<b>28,15</b>	<b>35,97</b>	<b>31,21</b>	<b>123</b>
TRA 20 E 39	<b>52,58</b>	<b>39,25</b>	<b>56,40</b>	<b>29,18</b>	<b>177</b>
TRA 40 E 59	<b>87,68</b>	<b>72,59</b>	<b>56,65</b>	<b>18,22</b>	<b>236</b>

SPESE MEDICHE

VALUTAZIONI %	Tratt_Fisioterapici	Visite_Specialistiche	Certif_Assic	Accert_Diagnostici	Farmaci	Perizia_di_parte	Altro	Totali
TRA 4 E 9	€ 229,64	€ 112,78	€ 16,41	€ 67,88	€ 19,92	€ 70,32	€ 73,79	€ 590,74
TRA 10 E 19	€ 430,23	€ 151,74	€ 15,89	€ 82,01	€ 44,13	€ 104,06	€ 244,80	€ 1.072,87
TRA 20 E 39	€ 398,12	€ 206,36	€ 16,83	€ 109,85	€ 96,81	€ 155,29	€ 225,82	€ 1.209,07
TRA 40 E 59	€ 559,75	€ 440,87	€ 32,73	€ 179,23	€ 114,32	€ 163,37	€ 1.819,94	€ 4.414,63

Accanto a questi diffusi comportamenti ai quali vi è una sorta di assuefazione tale da non farli ritenere così gravi quali sono si assommano scelte più mirate e razionali in cui non può non essere chiara l'illiceità. Esempi classici possono essere considerati infortuni accidentali, come la caduta in ambiente domestico con fratture degli arti inferiori che vengono fatti passare per investimento di pedone, le lesioni agli arti superiori ed in particolare alla mano riportate in ambiente di lavoro, da soggetto non in regola, denunciate come schiacciamento da portiera di autovettura o altro attinente la RCA.

Nella tabella sottostante sono state extrapolate le regioni il cui indice di frequenza di frattura agli arti inferiori con valutazione superiore al 5% è superiore alla media nazionale.

#### RELAZIONI SU PEDONI CON LESIONE FRATTURA E IP > 5

<b>Regione</b>	<b>TotPerizie esemanite</b>	<b>Numero casi con Frattura e IP&gt;5</b>	<b>Perc incidenza casi con Frattura e IP&gt;5</b>
Calabria	2638	54	2,04%
Lazio	9070	177	1,95 %
Sicilia	9493	194	2,04 %
Liguria	1162	31	2,66 %
DATO NAZIONALE	78734	1158	1,47 %

Nella tabella successiva sono riportate lesioni agli arti superiori, ed in particolare alla mano, nelle regioni dove la frequenza è nettamente più alta rispetto alla media nazionale.

## EVIDENZA DELL'INCIDENZA DELLA SEDE LESIONE "MANI" O ARTI SUPERIORI

Regione	Tot. Perizie eseguite	ArtoSup	Perc incidenza lesioni	Spalla	Perc incidenza lesioni	Braccio	Perc incidenza lesioni	Gomito	Perc incidenza lesioni	Avambr	Perc incidenza lesioni	Polso	Perc incidenza lesioni	Mano	Perc incidenza lesioni
			ArtoSup		Spalla		Braccio		Gomito		Avambr		Polso		Mano
Campania	1400	619	44,21%	406	29,00%	8	0,57%	53	3,79%	22	1,57%	102	7,29%	78	5,57%
Puglia	965	325	33,68%	197	20,41%	10	1,04%	59	6,11%	13	1,35%	59	6,11%	41	4,25%
Calabria	442	148	33,48%	95	21,49%	0	0,00%	16	3,62%	1	0,23%	25	5,66%	18	4,07%
Sicilia	4802	1244	25,91%	727	15,14%	27	0,56%	144	3,00%	51	1,06%	197	4,10%	201	4,19%
Molise	43	10	23,26%	4	9,30%	0	0,00%	1	2,33%	0	0,00%	3	6,98%	2	4,65%
DATO NAZIONALE	34282	7506	21,89%	4726	13,78%	210	0,61%	807	2,35%	245	0,71%	1107	3,22%	1098	3,20%



La forza dei numeri esposti rende il quadro su riportato desolante, perché se da una parte non è facile contrastare le truffe, comunque numericamente limitate, in contesti socio economici difficili dove il lavoratore, che subisce un infortunio e non è assicurato con l'Inail cerca di tutelarsi per altre vie, non lecite, più difficile da comprendere la diffusione nazionale, che non conosce differenze regionali e provinciali, di certificati che sostengono le richieste risarcitorie per le lesioni delle micropermanenti. Queste certificazioni potremmo definirle benevolmente *compiacenti*, ma in molti casi andrebbero bollate come *false*.

E' a tutti noto l'iter di una pratica medica che nasce da un tamponamento stradale. Il danneggiato, o presunto tale, si reca al pronto soccorso dove, riferito l'incidente stradale viene sottoposto a visita, e quindi anche per motivi di *medicina difensiva* sottoposto ad accertamenti radiologici; dopodichè viene posta diagnosi di *colpo di frusta* e posta una prognosi, mediamente di 3-10 giorni. L'iter successivo sarà caratterizzato da certificazioni specialistiche standardizzate, rilasciate da professionisti di fiducia, a seconda dei casi sostenute da accertamenti strumentali, come già detto del tutto inutili se non sproporzionati, ed alla fine la pratica sarà completata da prescrizione di cicli di fisioterapia che non di rado non vengono nemmeno effettuati. Questo percorso è sotto gli occhi tutti, ma sarà l'assuefazione o l'indifferenza, sta di fatto che esso non viene contrastato seppure spesso ricorrono reati da Codice Penale.

## **GLI STRUMENTI PENALI PER IL CONTRASTO DELLE FRODI NELLE LESIONI NON MANCANO**

L'articolo 480 del Codice Penale sulla Falsità Ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o in autorizzazioni amministrative così recita: *Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente, in certificati o autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione da tre mesi a due anni.* Mentre, l'art. 481 sulla Falsità Ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità, recita: *Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 51 a euro 516. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro.*

La Sentenza n. 18687/12 la Cassazione Penale ha ravvisato il reato di falso ideologico, ex art. 480 del Codice Penale, nella condotta del medico di base, e dunque, avente la qualifica di pubblico ufficiale, che aveva rilasciato un certificato medico di proroga della prognosi senza avere visitato il paziente ma sulla base dei sintomi da costui riferiti per telefono. Secondo la Cassazione, il medico era tenuto ad accertarsi delle

condizioni del paziente, e ciò, in quanto il certificato medico redatto dal sanitario è sì un atto pubblico che fa fede fino a querela di falso, ma tale fede “privilegiata” non può estendersi anche ai giudizi valutativi che il medico ha espresso sullo stato di malattia.

I certificati medici, anche quelli non obbligatori per legge, devono essere rilasciati dal personale sanitario; ovviamente il medico può ed, anzi, deve rifiutarsi di certificare fatti che egli non abbia constatato personalmente o che non siano supportati da riscontri oggettivi e parimenti il medico deve rifiutarsi di certificare fatti di cui egli sappia la “non corrispondenza” al vero. Ed è proprio perchè la certificazione deve, sempre e comunque essere preceduta dalla valutazione clinica del medico, che è possibile parlare di certificato medico come attestazione di *carattere facoltativo*: ne consegue, quindi, che la *non obbligatorietà* di redigere il certificato, deve essere interpretata come una sorta di tutela per il medico, qualora venga lui proposto di certificare cose non attinenti alle caratteristiche proprie del certificato o, peggio ancora, non corrispondenti al vero.

Da non dimenticare che la certificazione può determinare la costituzione di diritti a favore del richiedente con possibili oneri risarcitori a carico di terzi, tra cui anche lo Stato, ed è perciò, per sua propria natura soggetto a verifica. Di conseguenza false attestazioni possono costituire il reato di truffa.

Non a caso il legislatore con la *legge N. 78 del 31 maggio 2010, all'art. 10 bis* in tema di accertamenti in materia di microinvalidità conseguenti ad incidenti stradali ha visto una sua specificità prevedendo pene particolarmente severe: *Fermo quanto previsto dal Codice Penale, agli esercenti una professione sanitaria che attestano falsamente uno stato di micro-invalidità conseguente ad incidente stradale da cui derivi il risarcimento del danno connesso a carico della società assicuratrice, si applicano le disposizioni di cui al comma 1 dell'articolo 55-quinquies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. Nel caso di cui al presente comma il medico, ferme la responsabilità penale e disciplinare e le relative sanzioni, è obbligato al risarcimento del danno nei confronti della società assicuratrice.*

E non ritenendo, evidentemente, sufficiente una norma già fortemente punitiva inaspriva con la successiva *legge 27/2012 all'art. 33* la pena portandola da 4 a 5 anni: *Sanzioni per frodi nell'attestazione delle invalidità derivanti da incidenti*

*1. All'articolo 10-bis del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, sono apportate le seguenti modificazioni:*

a) al comma 1:

1) la parola: «micro-invalidità» è sostituita dalla seguente: «invalidità»;

2) le parole: «di cui al comma 1» sono sostituite dalle seguenti: «di cui ai commi 1 e 3»;

b) dopo il comma 2 è inserito il seguente:

«2-bis. Ai periti assicurativi che accertano e stimano falsamente danni a cose conseguenti a sinistri stradali da cui derivi il risarcimento a carico della società assicuratrice si applica la disciplina di cui al comma 1, in quanto applicabile»;

c) nella rubrica, le parole: «micro-invalidità» sono sostituite dalla seguente: «invalidità».

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

## **IL RUOLO DEL MEDICO LEGALE NEL CONTRASTO ALLE FRODI E LA QUESTIONE MORALE**

In conclusione, se si fa mente locale sull'imponenza dei numeri delle certificazioni, prescrizioni di esami clinici, di terapie fisiatriche o quanto altro, rilasciate per le invalidità micropermanenti non manca lo spazio in cui ricercare gli abusi e gli illeciti.

L'istituzione delle banche dati Ivass, il lavoro delle Unità Antifrode di Compagnia possono portare senza grosse difficoltà, vista la vastità dei fenomeni fraudolenti, all'individuazione ed al contrasto delle tentate truffe. Ovviamente, l'attività deve essere portata avanti da figure professionali specifiche ed altamente qualificate e nel team antifrode oltre all'assicuratore, l'avvocato, il perito tecnico deve essere presente il medico legale. Questi, soprattutto se ha una buona esperienza e conoscenza della realtà professionale del proprio territorio può allertare l'Unità Antifrode su quelle situazioni ritenute a rischio e necessarie di ulteriori verifiche e riscontri.

L'attività di contrasto avrebbe sicuramente una ricaduta positiva portando non solo ad un risparmio economico, ma servirebbe anche da deterrente portando ad una deflazione del fenomeno fraudolento in quanto l'attività dei truffatori abituali verrebbe fortemente disincentivata.

Ma, oltre al lavoro tecnico da fare sul campo occorre anche puntare ad un cambio della mentalità largamente diffusa nel campo del risarcimento da sempre improntata più alla furbizia che alla correttezza. Il problema è che nel nostro paese sembra essersi

**TAGETE 3 - 2014**

**Year XX**

**ISSN 2035 – 1046**

radicata una cultura caratterizzata da una diffusa assuefazione sociale alla piccola corruzione che non è più nemmeno stigmatizzata.

In tempi non lontani il Procuratore Generale della Corte dei Conti così diceva nella sua relazione annuale di fronte alle massime autorità dello Stato “... *malgrado la determinata volontà della magistratura inquirente e giudicante di combatterla, la corruzione è percepita in Italia come fenomeno consueto e diffuso, che interessa numerosi settori di attività: l’urbanistica, lo smaltimento rifiuti, gli appalti pubblici, la sanità e la pubblica amministrazione...*”<sup>9</sup>

Certamente l’azione giudiziaria penale è la via maestra per contrastare le frodi ma, forse, sono maturi i tempi perché vi sia un generale sussulto morale che porti a non accettare più, a non girarsi dall’altra parte le piccole truffe quotidiane che passano dalle nostre scrivanie. Non è, né un problema medico né assicurativo, ma è un problema di tutti perché per cambiare questo paese bisogna cominciare dal nostro quotidiano.

Ricordiamo la clamorosa intervista di Enrico Berlinguer a Eugenio Scalfari sulla Repubblica del 28 luglio 1981 che pose l’attenzione sulla corruzione sottolineando come *la questione morale oggi è al centro della questione italiana*. Per la prima volta dal dopoguerra un importante esponente politico anteponeva agli aspetti economici quelli morali.

Recentemente, di nuovo, da grande giornalista qual è, Eugenio Scalfari, nell’editoriale del 19 ottobre 2014 su Repubblica, prendendo spunto dal IV Canto del Purgatorio di Dante Alighieri, intitolava il suo fondo *(Ahi serva Italia, di dolore ostello,) Nave senza nocchiere in gran tempesta, non donna di province, ma bordello!*

Il mondo assicurativo sta vivendo momenti di particolare dinamismo, molte compagnie straniere si stanno affacciando sul nostro mercato, tre importanti imprese di assicurazione nel giro di pochi mesi sono passate di mano: Direct Line, Royal Sun Alliance, Carige, circolano rumors sul altri movimenti con cessioni ed acquisizioni, l’Unipol è uscita dal settore associativo dell’Ania segnando una clamorosa rottura come già la Fiat aveva consumato con la Confindustria.

---

<sup>9</sup> Relazione del Procuratore Generale, 6 febbraio 2012 – Corte dei Conti, Sezioni Riunite

Forse tempi nuovi, favoriti dalla crisi economica mondiale, si stanno avvicinando. Chissà che non sia la volta buona perché vi sia anche quella rinascita morale di cui l'Italia ha tanto bisogno.