



Camera dei Deputati

Commissioni riunite Finanze e Attività Produttive

**Audizione informale nell'ambito dell'esame del disegno di legge
AC 3012**

Legge annuale per il mercato e la concorrenza

Intervento del Consigliere dell'IVASS

Prof. Riccardo Cesari

Roma, 25 giugno 2015

Onorevoli Presidenti, Onorevoli Deputati,

ringrazio le Commissioni per avere invitato l'IVASS a dare un contributo all'esame del disegno di <<legge annuale per il mercato e la concorrenza>> (DdL Guidi-Lorenzin-Padoan-Orlando), il cui esplicito intendimento è quello di rimuovere gli ostacoli regolatori all'apertura dei mercati, di promuovere lo sviluppo della concorrenza, di aumentare la crescita, il benessere e la tutela dei consumatori.

Non sfugge a nessuno, soprattutto dopo le esperienze degli ultimi decenni, che il nesso liberalizzazioni – concorrenza è tutt'altro che semplice e lineare: settori regolati possono mostrare livelli elevati di concorrenza, settori liberalizzati possono continuare ad avere configurazioni monopolistiche, l'abbattimento di barriere all'entrata può non produrre effetti apprezzabili di maggior competizione.

Si tratta quindi di un tema delicato e il mercato delle assicurazioni, oggetto di importanti liberalizzazioni da metà degli anni '90, è un esempio emblematico di questa complessità.

Non a caso, dei 32 articoli del DdL, ben 14 riguardano direttamente le assicurazioni, la responsabilità civile auto in particolare, ben nota per il suo grande impatto sociale e le forti disparità, geografiche e generazionali.

Vorrei suddividere questo mio intervento in quattro parti, riguardanti, naturalmente, il solo mercato assicurativo:

- i costi e i prezzi dell'r.c. auto e le loro determinanti
- gli strumenti e l'azione dell'IVASS
- alcuni risultati della lotta alle frodi

- il commento critico agli articoli del DdL, con una proposta tecnica di alcuni emendamenti.

Ricordando che ho avuto l'onore di essere audito da questa Commissione Finanze nel dicembre 2013, su tematiche strettamente connesse, coglierò questa occasione anche per dare un aggiornamento sui progressi fatti in questo ultimo anno e mezzo. Le considerazioni generali allora fatte¹ mantengono, a mio avviso, tutta la loro valenza.

1. Costi, prezzi e fattori determinanti nel ramo r.c. auto

Il mercato r.c. auto ha visto prezzi in crescita sostenuta (superiore alla dinamica dei prezzi al consumo) dalla liberalizzazione tariffaria del 1° luglio 1994 alla crisi europea del 2010.

Il dato nazionale risulta penalizzante anche nel confronto territoriale con i principali paesi europei.

In una recente analisi su dati 2008-2012², il premio medio puro r.c. auto è risultato di 135 euro sopra la media europea (329 euro contro 194 euro) mentre il premio medio di tariffa (401 euro), comprensivo di caricamenti e margini, superava di ben 180 euro la media europea.

Quali i motivi alla base di queste differenze?

Come noto, frequenza dei sinistri e loro costo medio determinano il complessivo fabbisogno tecnico del ramo, cui vanno aggiunti caricamenti, fiscalità e parafiscalità (SSN, FGVS etc.)

¹ Si veda http://www.ivass.it/ivass/cms/docs/F17338/Audizione%205_12_2013.pdf, pp. 2-5

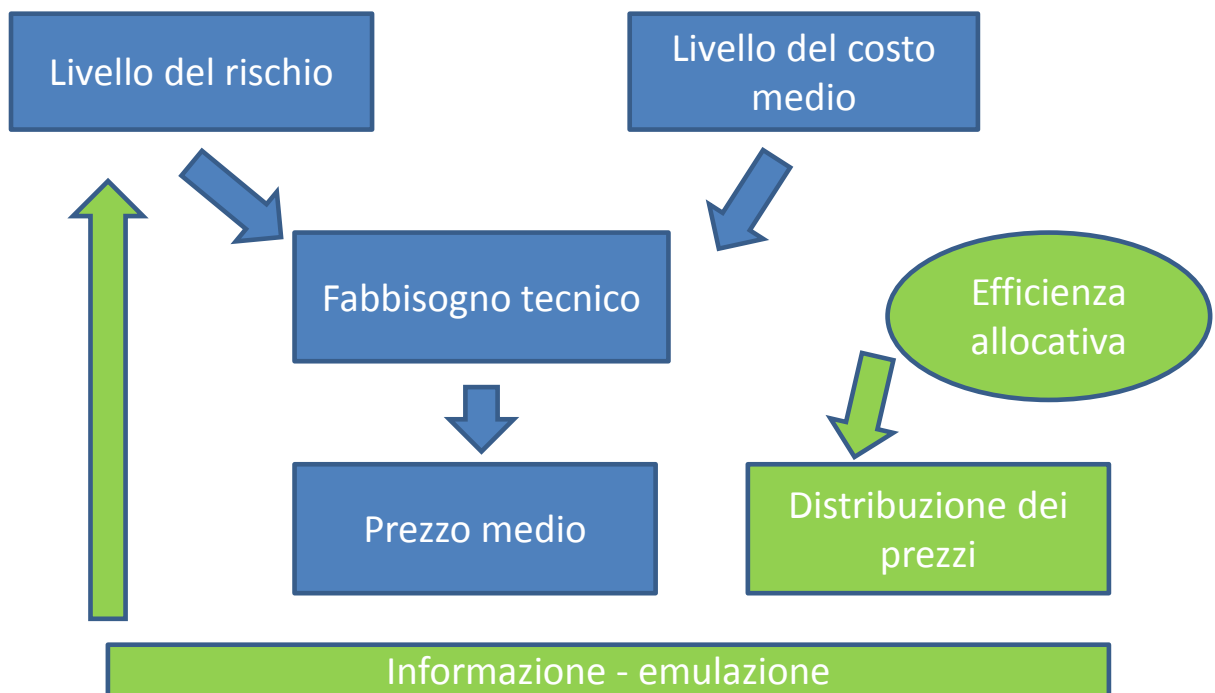
² L. Matarazzo, *Il Ramo r.c. auto: raffronto tra l'Italia e alcuni paesi della UE su premi, sinistri e sistemi risarcitori del danno alla persona*, IVASS, Quaderno n. 1, ottobre 2014. Il lavoro si basa su dati provenienti direttamente dalle Autorità di Vigilanza nazionali.

La riduzione del rischio (frequenza) e del suo costo riducono il fabbisogno tecnico e quindi aprono spazi per un contenimento generalizzato dei prezzi (premi) medi.

L'efficienza allocativa e l'innovazione tecnologica migliorano la distribuzione dei prezzi rispetto a quella dei rischi, con effetti individuali che, tuttavia, possono essere sia di riduzione che di aumento dei prezzi.

Un'adeguata informazione/formazione e l'emulazione di comportamenti virtuosi, ove premianti, può a sua volta incidere sul rischio complessivo e sul contenimento del fabbisogno tecnico.

FIG. 1 Prezzi r.c. auto: componenti di media e distribuzione



Nell'ultimo triennio (2011-2014), la frequenza sinistri è scesa dal 7.4% al 6% (-18.1%). Il costo medio dei sinistri è invece aumentato del +4.6% (da

4435 euro a 4641 euro), effetto del calo degli importi pagati (-1.8%) più che compensato dalla crescita degli importi riservati (+9.8%).

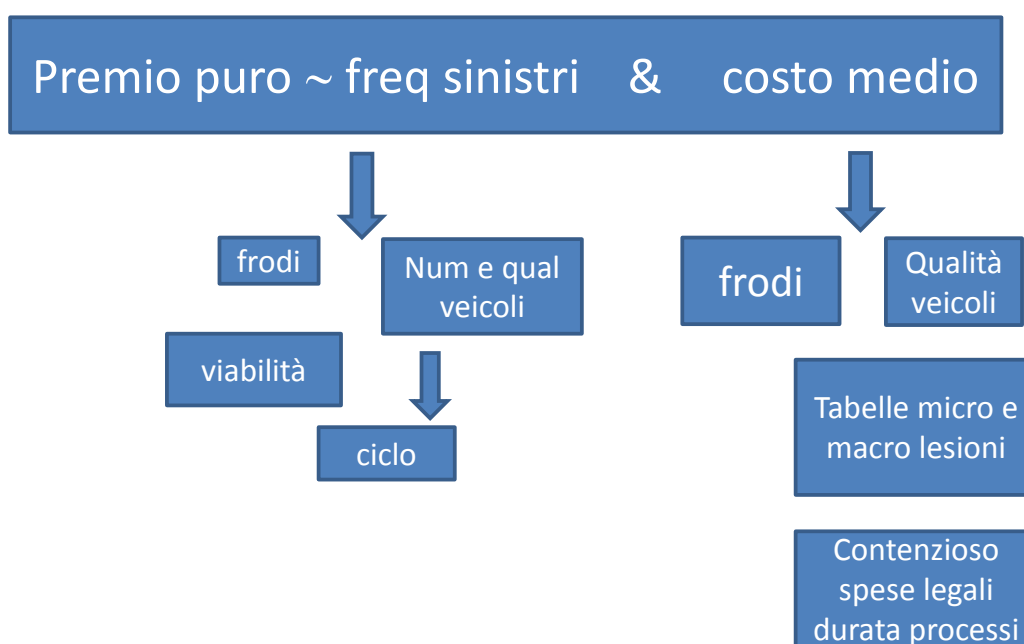
Poiché la frequenza dei sinistri risulta avere un effetto sui premi decisamente superiore di quello dei costi medi, il calo della prima, in questa congiuntura caratterizzata da minore incidentalità e minore uso tradizionale dell'auto, spiega il recente andamento cedente dei premi delle polizze.

Se, con la ripresa economica, la sinistralità dovesse tornare sui livelli passati, si potrebbe osservare una nuova lievitazione dei prezzi.

Molto può essere fatto, tuttavia, dal lato dei costi dei sinistri, per rendere più sensibile il prezzo a questa componente e in tal senso vanno sia recenti interventi legislativi sia le proposte contenute nel citato DdL.

Si tratta di provvedimenti che vogliono spingere il sistema verso il contenimento dei costi, delle frodi e dei livelli tecnici delle tariffe.

FIG. 2 Componenti del premio r.c. auto e loro determinanti



Tuttavia, perché i fattori di contenimento dei costi si trasferiscano sui prezzi occorre che la concorrenza tra le imprese sia effettiva. Diversamente, la crescita dei margini di profitto è la sola a beneficiarne.

FIG. 3 Costi, prezzi e concorrenza



Anche da questo punto di vista, il DdL contiene indicazioni per stimolare l'informazione, la trasparenza e la mobilità dei consumatori, segno inequivoco di dinamica concorrenziale e importante canale di trasmissione delle riduzioni dei costi in abbattimento dei prezzi. A tal fine, si prevede, per gli intermediari, l'obbligo di utilizzare, a favore dei clienti, il c.d. *tuopreventivatore online* per la comparazione dei preventivi r.c. auto, finalmente posti su basi confrontabili grazie alla definizione (da parte del MiSE) di un articolato contratto-base (art. 3), vietando di discriminare, nella stessa classe di merito, gli assicurati con le stesse caratteristiche di rischio ma diversa durata di rapporto (art. 5).

Informazioni e trasparenza stimolano la mobilità e quindi la concorrenza: secondo i dati di una nostra indagine (v. oltre) il 15.2% degli assicurati a fine 2014 ha cambiato compagnia a fronte di sensibili sconti di prezzo (circa -22% per gli *switchers* contro -5% per gli *stayers*).

Inoltre i tassi di cambio-compagnia sono più elevati dove prezzi e rischi sono più alti, più alto il valore dello sconto e più elevati i margini di riduzione dei prezzi.

La strada dell'informazione e della formazione di un assicurato consapevole vanno pienamente perseguite in quanto condizioni indispensabili a una sana competitività di mercato.

2. Gli strumenti e l'azione dell'IVASS

Come noto, l'Autorità di Vigilanza, nella sua attuale struttura di governo, è attiva da inizio 2013.

In questi due anni e mezzo, l'IVASS ha realizzato alcuni interventi, su precisa indicazione di un coerente disegno normativo, che risultano particolarmente importanti per il tema in esame.

Li elenco brevemente:

1) è stato realizzato, nella sua prima versione, l'Archivio Integrato Antifrode (AIA, ex art.21 del DL 179/2012), il cui imminente avvio è in un apposito decreto interministeriale in corso di pubblicazione. Si tratta di un potente strumento di lotta alle frodi ottenuto mettendo in interconnessione di

rete (senza costi aggiuntivi per gli enti coinvolti) numerosi archivi informatici presenti presso varie pubbliche amministrazioni³.

Il suo utilizzo da parte delle compagnie (nella fase di liquidazione sinistri), delle Forze dell'Ordine, dei Tribunali, può essere di grande ausilio nell'individuazione e nel perseguimento del rischio frode dei sinistri automobilistici, grazie ad un sistema di rating quantitativo elaborato e calcolato dall'IVASS in collaborazione con i citati enti pubblici e privati,.

La fase 2 dell'AIA, già avviata, include

- il completamento degli archivi interconnessi⁴,
- la realizzazione di un portale online a disposizione delle Autorità, delle Forze dell'Ordine e delle imprese di assicurazione,
- lo sviluppo di tecniche innovative (*network analysis*) per l'affinamento e l'arricchimento degli indicatori di fraudolenza.

Considerato che la fase 1, per i tempi resi necessari anche dai numerosi controlli di legittimità e di garanzia, ha richiesto circa un anno e mezzo, l'IVASS (in stretta collaborazione con la Banca d'Italia), conta di completare il progetto in un biennio da oggi.

2) In stretta collaborazione con l'Autorità Antitrust (AGCM), è stata riformata, ex art. 29 DL 1/2012, la CARD (Convenzione tra assicuratori per il risarcimento diretto r.c. auto).

³ Gli archivi interconnessi nella fase 1 del progetto includono le Banche dati Sinistri, Danneggiati e Testimoni (IVASS), l'Anagrafe patenti e gli Archivi veicoli e coperture assicurative (MIT), l'Archivio polizze con scatola nera (ANIA), il PRA e l'Albo periti (Consap).

⁴ Tra cui gli archivi citati dal DL 179/2012 (Archivio del Fondo Garanzie Vittime della Strada, Archivio Ufficio centrale Italiano, Archivio attestati di rischio) e altri, richiamati dal DdL (art. 13), e ritenuti di particolare importanza per la finalità dell'AIA.

Come argomentato anche di recente dall'IVASS⁵, la CARD è un sistema c.d. a forfait che ha portato, complessivamente, notevoli benefici agli assicurati-danneggiati sia riducendo tempi e procedure di risarcimento sia abbassando progressivamente il costo dei sinistri.

Questo, tra il 2007 (anno di avvio) e il 2014, è aumentato del +6.4% nel sistema CARD, contro il +79.4% dei sinistri fuori CARD.

TAV. 1 Costo medio dei sinistro CARD e NO CARD.

Costo medio di generazione				
anno di generazione	CARD			
	Pagato *	Riservato (netto IBNR)	Pag.+Ris. (netto IBNR)	Pag.+Ris. (lordo IBNR)
2007	1.827	4.166	2.441	2.434
2008	2.024	4.267	2.570	2.570
2009	2.011	4.168	2.555	2.574
2010	2.052	4.650	2.671	2.667
2011	2.097	4.930	2.751	2.754
2012	1.996	4.905	2.661	2.674
2013	1.994	4.968	2.666	2.674
2014	2.010	4.626	2.597	2.607

Costo medio di generazione				
anno di generazione	NO CARD			
	Pagato *	Riservato	Pag.+Ris. (netto IBNR)	Pag.+Ris. (lordo IBNR)
2007	3.188	10.974	6.607	6.355
2008	3.630	11.665	7.388	7.126
2009	4.423	12.592	8.841	8.283
2010	4.822	13.567	9.499	8.971
2011	4.857	14.924	10.165	9.841
2012	4.680	16.909	11.066	10.508
2013	4.739	17.446	11.337	10.750
2014	5.176	17.907	11.854	11.104

Fonte: Relazione IVASS sul 2014

Ma se a livello macro il sistema a forfait ha dato buona prova, a livello micro non ha impedito comportamenti opportunistici poco attenti ai piccoli sinistri e alla lotta alle frodi.

⁵ Si veda la Relazione IVASS sul 2014, par. I.6.1.1

Di qui il mandato del Legislatore a individuare un meccanismo di incentivi/penalizzazioni per “l’efficienza produttiva, il controllo dei costi e l’individuazione delle frodi”.

L’IVASS ha emanato il Provvedimento n. 18 del 5 agosto 2014 con cui, a partire dal 2015, ha aggiunto, al previgente sistema a *forfait*, un sistema premiante/penalizzante⁶ per le singole compagnie, in funzione del loro posizionamento relativo in termini di:

- livello medio dei costi (per auto, moto e zone territoriali del forfait)
- dinamica temporale dei costi (per auto e moto)
- velocità di liquidazione (per auto e moto)

Le imprese coi minori costi medi rispetto alle concorrenti, percepiranno un proporzionato incentivo monetario a scapito delle imprese peggiori in graduatoria, che vengono così penalizzate.

Analogamente verranno applicati gli incentivi/penalizzazioni per la dinamica dei costi e la velocità di liquidazione dei sinistri.

Il nuovo sistema consente una doppia flessibilità: da un lato è costituito da un modello parametrico che può essere calibrato e adattato nel tempo con un opportuno *fine tuning* dei parametri (soglie minime dimensionali per le imprese; percentili di taglio degli estremi, scostamento tra percentuale minima e massima di premio); dall’altro può essere facilmente aggiornato inserendo, in funzione del monitoraggio periodico, ulteriori fattori di incentivo quali i nuovi indicatori di lotta alle frodi previsti dal sistema AIA.

⁶ Si veda R. Cesari, M. Mieli, A. Valerio, *La riforma della CARD: costi dei sinistri e incentivi all’efficienza nel risarcimento diretto r.c. auto*, IVASS, Quaderno n. 2, maggio 2015.

3) E' in fase di ristrutturazione e potenziamento, a seguito di un accordo MiSE-IVASS- Banca d'Italia, il c.d. TuoPreventivatore online, che da un lato, con l'introduzione del "contratto-base", potrà realizzare confronti omogenei e corretti tra tutte le compagnie offerenti, sulla base delle caratteristiche specifiche del potenziale assicurato, dall'altra, con l'utilizzo di una tecnologia informatica adeguata, potrà superare le difficoltà gestionali e dimensionali tipiche delle interrogazioni massive per essere uno strumento di consultazione dei potenziali 40 milioni di clienti r.c. auto.

4) E' stato dematerializzato l'attestato di rischio con effetto dal 1° luglio 2015 (Regolamento n. 9 del 19 maggio 2015). Ne ha beneficio non solo l'attività amministrativa delle imprese ma anche la lotta alle frodi (falsificazione dell'attestato), la semplificazione per il cliente (che non deve più procurarselo), la facilità di passaggio da un'impresa a un'altra e quindi la mobilità degli assicurati.

5) E' stata realizzata ex novo un'indagine campionaria trimestrale sui prezzi effettivi delle polizze r.c. auto (indagine IPER) che copre l'intero universo mediante un campione stratificato⁷ di circa 2 milioni di targhe ogni trimestre (30% dell'universo delle polizze rinnovate nel trimestre) e un panel di 1 milione di proprietari (250 mila per ogni scadenza trimestrale).

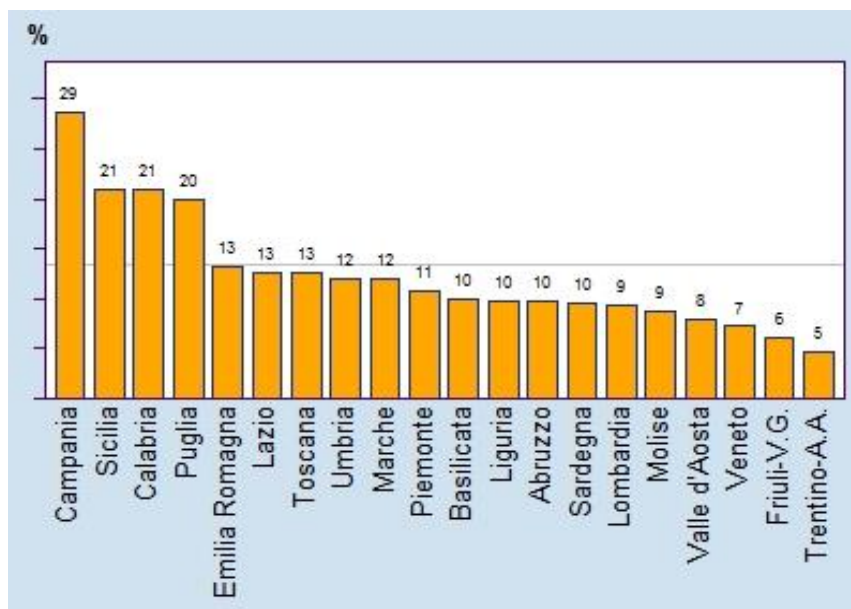
L'indagine, che non ha riscontro nel panorama europeo e internazionale, consente di rilevare, con un notevole grado di precisione statistica, il livello dei prezzi effettivi (premio pagato), il suo andamento temporale e territoriale, le componenti del premio (premio netto, provvigioni, sconti, tasse), i massimali e la diffusione e incidenza delle varie clausole contrattuali.

⁷ Le variabili di stratificazione sono le classi di bonus/malus, le province e le classi d'età.

Il panel statistico, in aggiunta, consente l'approfondimento dei comportamenti dei contraenti, a cominciare dalla loro mobilità e dall'incrocio tra tipologie di polizza e caratteristiche del soggetto.

Tra i dati più significativi emerge che la scatola nera è in crescente diffusione (dall'11.2% di fine 2013 al 13.4% di fine 2014) e si associa prevalentemente alle aree di maggior prezzo e più elevato rischio (dal 29% della Campania al 5% del Trentino Alto Adige).

FIG. 4 Diffusione della scatola nera per regione



Molto significativo anche il dato sul cambio compagnia.

Nei contratti rinnovati a fine 2014 (la durata è annuale) ha cambiato compagnia il 15.2% degli assicurati, a fronte di uno sconto del -22% circa, mentre il prezzo per la clientela "fedele" è sceso mediamente solo del -5%.

La frequenza degli *switchers* è più elevata al crescere della rischiosità (14% nella classe BM 1; 22% nelle classi BM da 11 a 18) a indicare che più è

alto il premio maggiore è il ricorso degli assicurati alla mobilità quale strumento per ridurre il costo della polizza.

In termini percentuali, lo sconto ottenuto è relativamente uniforme tra le classi di BM sia per gli *stayers* che per gli *switchers*.

3. Primi risultati della lotta alle frodi

L'art. 30 del DL 1/2012 ha introdotto l'obbligo per le imprese di assicurazione di predisporre una relazione annuale sull'attività antifrode.

L'IVASS, mediante il Regolamento 44, ne ha stabilito modalità e contenuti e ne rielabora i risultati aggregati.

Questi dicono che:

- i sinistri in gestione antifrode (per i quali i sistemi interni alle imprese hanno rivelato in via automatica la presenza di indicatori di rischio) rappresentano il 19.3% di quelli complessivamente denunciati;

- dei sinistri in gestione antifrode il 51.2% è stato oggetto di approfondimenti da parte delle imprese mediante strumenti di accertamento speciali (perizie su autovetture dei responsabili, analisi di compatibilità dei danni, verifica della sussistenza del nesso di causalità, accertamenti presso strutture sanitarie);

- il 14.4% dei sinistri oggetto di approfondimento è stato contestato (e non pagato) per motivazioni connesse al sospetto frode;

- l'1.8% dei sinistri oggetto di approfondimento è stato oggetto di denunce/querele all'Autorità Giudiziaria (circa 3400 denunce/querele; erano state il 2.3% nel 2012, il 2.8% nel 2013⁸);

Le stime sulla riduzione del costo dei sinistri dovuta all'attività antifrode indicano per il 2014 un risparmio di 189 milioni, pari all'1.7% dell'onere sinistri e all'1.2% dei premi incassati nell'anno (rispettivamente 1.3% e 0.9% nel 2012 e 1.6% e 1.1% nel 2013).

L'avvio dell'AIA e i progressi consentiti dalla legislazione in emanazione dovrebbero far aumentare sensibilmente queste percentuali. Al riguardo, l'apporto delle imprese è indispensabile e richiede un pronto adeguamento tecnologico per alimentare e utilizzare queste informazioni.

4. Alcuni commenti al testo del DdL

L'IVASS esprime il proprio apprezzamento sull'impianto generale del disegno di legge che, in campo assicurativo, interviene su aspetti che sono stati più volte dibattuti e unanimemente ritenuti bisognosi di urgente riforma.

Nel seguito mi soffermerò solo su alcuni articoli, proponendo e motivando, in qualche caso, possibili emendamenti.

Art. 2 -obbligo a contrarre

Si modifica l'art. 132 del Codice delle assicurazioni private (CAP) in modo che le imprese potranno non accettare le proposte quando le

⁸ La previsione di non punibilità per "tenuità del fatto" secondo il dettato della legge-delega 67/2014 (art. 1 comma 1 lettera m) può aver influito già nel 2014 sul calo relativo delle denunce/querele. Precisamente si delega il Governo a: escludere la punibilità di condotte sanzionate con la sola pena pecuniaria o con pene detentive non superiori nel massimo a cinque anni, quando risulti la particolare tenuità dell'offesa e la non abitualità del comportamento, senza pregiudizio per l'esercizio dell'azione civile per il risarcimento del danno e adeguando la relativa normativa processuale penale.

informazioni fornite dal contraente non siano corrette o veritiere in seguito ad una apposita verifica, effettuata anche mediante consultazione delle banche dati di settore nonché dell'archivio antifrode AIA dell'IVASS.

La norma è volta ad evitare eventuali frodi dando la prevalenza al dato certificato rispetto a quello fornito dal cliente.

Al riguardo si ritiene, tuttavia, che la nuova disposizione debba essere intesa correttamente nel senso che l'impresa, qualora le siano state fornite informazioni non corrette o non veritiere, non possa rifiutarsi tout court di stipulare il contratto, bensì dovrà comunque stipularlo applicando la tariffa che verrà determinata secondo le informazioni corrette acquisite dall'impresa attraverso la consultazione delle banche dati. In tal modo il cliente verrà riposizionato sulla classe contrattuale che merita in base ai dati reali. Infatti una lettura diversa della disposizione, nel senso che l'impresa non sia comunque tenuta ad accettare quel rischio, potrebbe condurre ad operazioni di selezione del portafoglio, non in linea con la ratio che ha condotto all'obbligo a contrarre nella r.c. auto. Resta salva, se del caso, la possibilità di denuncia per falsificazione documentale. In Appendice una proposta emendativa in tal senso.

Art. 3 prima parte - Obblighi informativi a carico degli intermediari

Al fine di rafforzare la trasparenza e la comparabilità delle offerte nei contratti proposti dagli intermediari, l'articolo 3 inserisce nel CAP il nuovo articolo 132 bis (obblighi informativi a carico degli intermediari)

Le disposizioni dell'art. 132 bis prevedono a carico agli intermediari, prima della sottoscrizione di un contratto r.c. auto, l'obbligo di informare il consumatore sui premi offerti da tutte le imprese di cui sono mandatarie

relativamente al “contratto base” di cui all’art. 22 della legge 221/2012⁹ (contenente le clausole minime necessarie ai fini dell’adempimento dell’obbligo di assicurazione r.c. auto) mediante collegamento al preventivatore IVASS/MiSE.

La nuova disposizione potrebbe essere resa più chiara, anche a beneficio della successiva attività di controllo richiesta all’Istituto prevedendo:

- il riferimento a tutti gli intermediari, inclusi i broker e le banche;
- il richiamo all’esigenza generale di adeguatezza del prodotto offerto rispetto alle concrete e specifiche esigenze dell’assicurato.

Gli emendamenti in Appendice intendono chiarire l’effettiva portata della norma muovendo dai seguenti principi:

- i) che il raffronto vada operato mediante consultazione del preventivatore online, arricchito di informazioni relative all’effettiva adeguatezza del prodotto alle caratteristiche del cliente;
- ii) che tale raffronto debba essere operato anche dai broker, vale a dire da quelle figure di intermediari assicurativi che effettivamente possono distribuire prodotti di più imprese.

Verrebbero così esclusi gli agenti monomandatari e gli altri distributori che offrono prodotti di una sola impresa, ritenendo che imporre ad operatori monomandatari di fornire confronti con prodotti che comunque non potrebbero offrire non sia una misura efficace a favorire i consumatori e avrebbe l’effetto indiretto di ostacolare questo tipo di canale distributivo, che invece si ritiene possa continuare a rappresentare un’utile alternativa per il cliente rispetto alle altre forme di distribuzione.

⁹ La norma prevede l’emanazione da parte del MiSE, sentito l’IVASS, di un decreto per definire il contenuto del contratto base in materia di assicurazione r.c. auto. Il decreto non è stato ancora emanato. Uno schema di decreto fu presentato nel febbraio 2013.

Art.6- Identificazione dei testimoni di sinistri con soli danni a cose

L'art.6 integra l'art. 135 CAP, per evitare testimonianze prodotte in un momento successivo a quello della denuncia del sinistro.

Considerato che non sempre si va in giudizio, sarebbe utile proporre un emendamento che faccia riferimento non alla presenza dei medesimi nominativi in più di tre cause, ma alla ricorrenza degli stessi nominativi in più di tre sinistri accaduti negli ultimi cinque anni, come registrati nella banca dati sinistri dell'IVASS (proposta in Appendice).

Art. 7 - risarcimento del danno non patrimoniale

L'art. 7 relativo alla liquidazione del danno non patrimoniale riformula gli art. 138 e 139 del CAP, accorpendo il danno non patrimoniale in un'unica categoria non suscettibile di suddivisione in sottocategorie, in conformità alla sentenza della Cassazione del 2008¹⁰.

L'aspetto di maggior rilievo riguarda l'inclusione del c.d. "danno morale", finora non contemplato dal testo degli artt. 138 e 139, nell'ambito della possibilità che ha il giudice di personalizzare (fino al 40% per le macro e al 20% per le microlesioni, nella proposta del DdL) l'ammontare del danno determinato secondo la tabella. Attualmente il CAP prevede, invece, che il giudice possa aumentare il solo danno biologico standard, cioè la menomazione alla integrità psicofisica suscettibile di accertamento medico legale. Quindi in sostanza con il nuovo DdL il giudice potrà discostarsi dall'applicazione della tabella integrando l'importo risultante dall'applicazione della stessa sia con riferimento alla componente "danno biologico", sia con riferimento alla componente "danno morale".

¹⁰ V. Cassazione, Sezioni Unite, sentenza n. 26972 dell'11 novembre 2008 che rileva l'esigenza di una liquidazione unitaria di ogni danno non patrimoniale connesso alla lesione della salute.

La scelta operata solleva molti dubbi e soprattutto rischia di non consentire il superamento delle critiche che fino ad oggi hanno impedito l’emanazione della tabella di legge per le “macroinvalidità”.

Occorre infatti considerare che, alla luce della pronuncia della Corte di Cassazione del 7 giugno 2011, n. 12408 e nelle more dell’approvazione della tabella di legge, le tabelle elaborate dal Tribunale di Milano sono divenute il punto di riferimento per la determinazione del “danno non patrimoniale”.

Tali tabelle includono i criteri per la quantificazione sia del danno “biologico standard”, sia del “danno morale”, in linea con l’indirizzo giurisprudenziale della Cassazione che, come già accennato, ha rilevato l’esigenza di una liquidazione unitaria di ogni danno non patrimoniale connesso alla lesione della salute. Più in particolare la tabella di Milano include nella quantificazione di ogni punto di invalidità una percentuale a titolo di danno morale (dal 25% al 50% del danno biologico in funzione della gravità dei punti) con la conseguenza che il valore del risarcimento sarà comprensivo sia del danno biologico che del danno morale. Su tale base, il giudice si riserva di effettuare una ulteriore valutazione caso per caso in relazione alle caratteristiche e peculiarità delle situazioni concrete.

Viceversa, le disposizioni contenute nei nuovi articoli 138 e 139 ai commi 3, riguardanti la presunzione di esaustività del risarcimento del danno non patrimoniale riconosciuto con le nuove tabelle, inclusa la maggiorazione per danno morale a discrezione del giudice (sino al 40% e 20% rispettivamente), possono allontanare soluzioni stragiudiziali e produrre un sensibile aumento del contenzioso.

Questo, tra l’altro, si traduce in una insormontabile barriera all’entrata per le compagnie estere e quindi in un ostacolo ad una maggior concorrenza nel settore r.c. auto.

In Appendice si propone di emendare l’art. 7 nel senso indicato.

Tuttavia corre l'obbligo di valutare in modo più completo e comparato la materia del risarcimento per danni alla salute.

In particolare, si osserva la diversa progressione del valore economico del punto che per le microlesioni al 9° grado di I.P. prevede un moltiplicatore pari a 2.3, (ragione 0.1 fino al 4° grado, ragione 0.2 dal 5° al 9°) mentre nel passaggio dal 9° grado (microlesioni) al 10° (macrolesioni) invece di stabilire una "coerente" crescita del moltiplicatore a 2.6 (ragione 0.3) porta il moltiplicatore a 2.4 (ragione 0.1), non rispettando, tra l'altro, il principio di crescita più che proporzionale del valore economico del punto (art.138 CAP comma 2 lett. c).

Inoltre, una recente ricerca pubblicata dall'IVASS e basata su dati delle Autorità di Vigilanza europee¹¹, ha messo in risalto, nell'ambito di un confronto internazionale tra i sistemi risarcitori di Italia, Spagna, Francia (tutti fondati a vario titolo su sistemi risarcitori tabellari), Germania e Regno Unito (con sistemi non tabellari) che il nostro Paese presenta, rispetto agli altri, nel caso di morte, sia una più vasta platea di aventi diritto al risarcimento per danno morale (es. il nonno per la morte del nipote) che, in generale, valori tabellari molto più elevati. Le motivazioni sono da ricercare nelle differenze socio-economiche tra Italia e gli altri Paesi. Il danno non patrimoniale costituisce di fatto, in una concezione bidimensionale del danno globale (non patrimoniale e patrimoniale) la voce principale italiana del risarcimento finale corrisposto al danneggiato¹². Passando a considerare le gravi invalidità,

¹¹ L. Matarazzo, *Il Ramo r.c. auto: raffronto tra l'Italia e alcuni paesi della UE su premi, sinistri e sistemi risarcitori del danno alla persona*, IVASS, Quaderno n. 1, ottobre 2014

¹² *Si noti che un'equa determinazione del danno patrimoniale (legato ai flussi di reddito dichiarato e quindi potenzialmente distorto dal livello di evasione fiscale) richiede di rideterminare e aggiornare continuamente, come avviene negli altri paesi, le tavole attuariali italiane utilizzate, risalenti al R.D. del 9.10.1922 n. 1403, le quali, in assenza di un correttivo, conducono a risultati non in linea con la speranza di vita e i tassi di interesse vigenti.*

l'analisi ha evidenziato che, ad esempio, nei casi I.P. al 90% (ad es. per uno studente 17 enne), i danneggiati italiani, pur in presenza di un danno biologico ancora ragguardevole, ricevono comunque un risarcimento globale (patrimoniale e non) inferiore rispetto ai Paesi esaminati (eccetto la Spagna). Uno dei motivi risiede anche nel fatto che il danno biologico in Italia viene liquidato forfaitariamente a causa della presenza delle prestazioni future del S.S.N. al macroleso. Tuttavia, tali prestazioni pubbliche (in genere riabilitative) hanno un tempo di cura limitato da norme sanitarie regionali dopo il quale i macrolesi debbono ricorrere all'assistenza a proprie spese.

L'indicazione che emerge da questa analisi è quella di rivedere sia la platea degli aventi diritto in caso di morte sia il livello dei risarcimenti – pur salvaguardando i casi particolari per i superstiti – potendo indirizzare i risparmi derivanti dai casi mortali alla tutela dei macrolesi gravi a vita e delle loro famiglie.

L'IVASS conferma la propria piena disponibilità a fornire le analisi quantitative necessarie per una revisione globale ed equitativa dei parametri di risarcimento da lesioni fisiche.

Art. 9 Ulteriori misure di contrasto delle frodi assicurative

L'articolo contiene importanti previsioni volte a contrastare le frodi. In particolare l'integrazione all'art.148 del CAP è finalizzata ad estendere i casi nei quali, sussistendo elementi che siano indicatori di rischio frode, l'impresa può derogare ai termini previsti per presentare l'offerta di risarcimento e per proporre l'azione di risarcimento. Si consente, infatti, di derogare anche in presenza di ulteriori indicatori di rischio frode acquisiti dall'archivio informatico antifrode IVASS (AIA). Si condivide l'obiettivo perseguito, tuttavia si segnala l'opportunità, anche per ragioni di snellimento degli oneri di consultazione

delle diverse banche dati gravanti sulle imprese, di sostituire l'obbligo di consultazione della BDS con quello dell'archivio integrato AIA consentendo la sospensione dell'offerta solo in presenza di indicatori di rischio frode che raggiungono il valore stabilito dall'IVASS con proprio provvedimento.

Art. 11 Allineamento della durata delle polizze a copertura dei rischi accessori alla durata della polizza a copertura del rischio principale

Viene esteso il principio della durata annuale e del divieto di rinnovo tacito anche ai contratti stipulati per i rischi accessori alla r.c.auto (es. incendio, furto o infortuni del conducente) nel caso in cui la polizza accessoria sia stata stipulata in abbinamento a quella auto con lo stesso contratto o con altro contratto stipulato contestualmente. Pertanto con la modifica in questione si dispone l'allineamento della durata delle assicurazioni per i rischi accessori alla polizza auto permettendo la risoluzione a richiesta dell'assicurato. La norma intende favorire la mobilità degli assicurati e la concorrenza tra le imprese. Infatti, può accadere che sorgano problemi per chi desidera cambiare compagnia per la r. c. auto, ma si trovi ancora vincolato dalle altre coperture.

In proposito si osserva che mentre il contratto r.c. auto si risolve automaticamente alla sua naturale scadenza, senza quindi alcuna attivazione da parte dell'assicurato, per i rischi accessori la risoluzione si applica, in base alla norma, soltanto a richiesta dell'assicurato. Sarebbe opportuno, ad avviso dell'Istituto, sopprimere le parole "a richiesta dell'assicurato".

Art. 13 Interventi di coordinamento in materia assicurativa

L'articolo 13 contiene diversi emendamenti alla normativa vigente che consentiranno all'IVASS di poter disporre nelle banche dati sinistri, anagrafe

testimoni e anagrafe danneggiati anche dei dati sui sinistri gestiti da parte di tutte le imprese aventi sede in un Paese dello Spazio Economico europeo operanti in Italia in regime di stabilimento o in regime di libera prestazione dei servizi. Ritengo opportuno segnalare alcuni emendamenti di carattere tecnico - più diffusamente trattati in Appendice - volti a migliorare gli obblighi di alimentazione e le connessioni degli archivi informatici costituiti presso l'IVASS.

Art. 25 Potenziamento della trasparenza nella vendita di polizze assicurative accessorie a contratti di finanziamento e mutui.

L'articolo 25 modifica il DL 1/2012, là dove trattava le assicurazioni "connesse" a mutui e finanziamenti, imponendo la trasparenza e comparazione tra preventivi diversi non solo in caso di erogazione condizionata alla stipula di una polizza ma anche di erogazione contestuale.

Per rendere tale trasparenza completa ci sembra importante informare il richiedente di costi e provvigioni in tutti i casi di polizza abbinata e non, di prodotto di gruppo e non. In Appendice l'emendamento in tale senso.

In conclusione l'IVASS esprime il proprio apprezzamento sul disegno di legge, nell'auspicio che sia dedicata attenzione alle osservazioni e proposte qui formulate, che, a giudizio dell'IVASS e mio personale, sono volti ad un più puntuale conseguimento delle finalità indicate dal Legislatore, nell'obiettivo fondamentale, di respiro europeo, della protezione degli assicurati e dei beneficiari delle polizze.

Appendice - Proposte di emendamenti

Modifiche all'art. 2

Si propone di aggiungere alla fine del comma 1ter dell'art.132 CAP le seguenti parole: "Esse, in caso di mancata accettazione della proposta, ricalcolano il premio e inviano un nuovo preventivo al potenziale cliente".

Modifiche all'art. 3

a) Al fine di ricomprendere negli obblighi di trasparenza anche i brokers, si propone di modificare il comma 1 del nuovo art. 132 bis nel seguente modo, aggiungendo, alla fine del primo periodo, il seguente periodo:

"1.Lo stesso obbligo oltre che agli agenti di assicurazione di cui all'art. 109, comma 1 lett. a) del presente codice si applica ai mediatori di assicurazione di cui al medesimo articolo lett. b) e alle banche di cui al medesimo articolo lett. d). Sono comunque fatte salve le necessarie verifiche di adeguatezza della polizza di cui all'art. 183 del CAP".

b) Si propone di modificare il comma 4 dell'art. 132 bis come di seguito:

"4. Il contratto stipulato senza la dichiarazione del cliente di aver ricevuto, **ove prescritte**, le informazioni di cui al comma 1 è affetto da nullità rilevabile solo a favore del cliente".

Modifiche all'art. 6

Si propone con riguardo al nuovo comma 3-quater dell'art. 135 del CAP di sostituire le parole "in relazione alla ricorrenza dei medesimi nominativi di testimoni già chiamati in più di tre cause concernenti la responsabilità civile da circolazione stradale" con le seguenti "in relazione alla ricorrenza dei medesimi nominativi di testimoni presenti in più di tre sinistri negli ultimi cinque anni registrati nella banca dati sinistri di cui al comma 1".

Modifiche all'art. 7

L'art. 138 del CAP come proposto dal DdL viene così modificato:

“3. Qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali documentati e obiettivamente accertati o causi o abbia causato una sofferenza psicofisica di particolare intensità, l'ammontare del risarcimento del danno, calcolato secondo quanto previsto dalla Tabella unica nazionale di cui al comma 2, è aumentato secondo le seguenti misure¹³:

.....% per lesioni da 10 a....

.....% per lesioni da....a....

.....% per lesioni da....a 100.”

L'art. 139 del CAP come proposto dal DdL viene così modificato:

“3. Qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali documentati e obiettivamente accertati o causi o abbia causato una sofferenza psicofisica di particolare intensità, l'ammontare del risarcimento del danno, calcolato secondo quanto previsto dalla tabella di cui al comma 4, è aumentato secondo le seguenti misure:

.....% per lesioni da 1 a....

.....% per lesioni da....a....

.....% per lesioni da....a 9.”

Modifiche all'art. 9

Si propone di riformulare l'art. 9 nel seguente modo:

¹³ La tabella del Tribunale di Milano prevede per la componente “danno morale” un aumento percentuale del valore del punto del danno biologico come segue:

- dall'1 al 9% di I.P. aumento del 25% fisso;
- dal 10 al 34% di I.P. aumento progressivo per punto dal 26% al 50%
- dal 35 al 100% di I.P. aumento fisso al 50%.

“1. All'articolo 148, comma 2-bis, il primo periodo è sostituito dal seguente: “Ai fini di prevenzione e contrasto dei fenomeni fraudolenti, l’impresa di assicurazione provvede alla consultazione dell’archivio integrato informatico di cui all'articolo 21 del decreto- legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, e qualora, dal risultato della consultazione, avuto riguardo al codice fiscale dei soggetti coinvolti ovvero ai veicoli danneggiati, emergano gli indici di anomalia definiti dall'IVASS con apposito provvedimento, o segnalati dai dispositivi elettronici di cui all'articolo 132-ter, comma 1, o emersi in sede di perizia da cui risulti documentata l'incongruenza del danno dichiarato dal richiedente, l’impresa può decidere, entro i termini di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo, di non fare offerta di risarcimento, motivando tale decisione con la necessità di condurre ulteriori approfondimenti in relazione al sinistro.

2. All’art. 148, comma 2-bis, il quinto periodo è sostituito dal seguente: “Nei predetti casi, l'azione in giudizio prevista dall'articolo 145 è proponibile solo dopo la ricezione delle determinazioni conclusive dell'impresa o, in sua mancanza, allo spirare del termine di sessanta giorni di sospensione della procedura.”

Modifiche all’art. 11

Nel comma 1-bis dell’art. 170-bis del CAP proposto dal DdL la locuzione “, a richiesta dell’assicurato,” è soppressa.

Modifiche all’art. 13

Al fine di ricomprendere nella Banca Dati Sinistri anche i sinistri accaduti in Italia con controparti estere che sono gestiti dall’UCI - Ufficio Centrale Italiano si propone di aggiungere al comma 2 dell’art. 135 CAP come modificato dal comma 1, lett. b) dell’art. 13 del DdL, dopo le parole “dell’articolo 286”, le seguenti parole “nonché dall’Ufficio Centrale Italiano ai sensi dell’articolo 125, comma 5 e dell’articolo 296”.

Il comma 2, lett.f) reca modifiche all'art. 316 CAP con riguardo alla disciplina sanzionatoria per violazione delle disposizioni dell'art. 135 CAP.

Il testo proposto, a differenza del testo vigente, non menziona più l'art. 154. Si ritiene necessario recuperare la norma sulla sanzionabilità delle violazioni dell'art.154, commi 4 e 5, del Codice delle Assicurazioni private, relativo alle comunicazioni al Centro di informazione italiano, contenuta nell'attuale art. 316, comma 1. A tal fine si propone di integrare la riformulazione dell'art.316 con il seguente comma:

“2. L'omissione, l'incompletezza, l'erroneità o la tardività delle comunicazioni di cui all'articolo 154, comma 4 e 5, accertata semestralmente e contestata con unico atto da notificare entro il termine di cui all'articolo 326, comma I, del decreto, decorrente dal sessantesimo giorno successivo alla scadenza del semestre di riferimento, è punita con un'unica sanzione amministrativa pecuniaria da euro diecimila ad euro centomila.”

La differenza di importi della sanzione rispetto alle altre fattispecie dell'art. 316 è giustificata dai più gravi effetti, in termini di pregiudizio nei confronti degli assicurati, che comporta il mancato inserimento dei dati nella Banca dati delle coperture assicurative rispetto al ritardo nella comunicazione dei dati alla Banca dati sinistri. Si pensi, ad esempio, alle conseguenze in caso di controlli di polizia di un veicolo assicurato che non risulti però in banca dati solo perché l'impresa non ha comunicato l'esistenza della copertura.

Il comma 4, apporta alcune modifiche al decreto legge n. 1/2012 convertito dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Al riguardo si ritiene necessaria un'ulteriore modifica in particolare all'art. 31 che detta regole per impedire la contraffazione dei contrassegni. Attualmente la legge prevede la

dematerializzazione del solo contrassegno e non già del certificato di assicurazione che pure andrebbe dematerializzato.

Al fine di un più efficiente contrasto alla contraffazione, si propone di completare la dematerializzazione dei documenti assicurativi aggiungendo la seguente lettera:

d) all'art. 31, comma 1, dopo la parola "contrassegni" sono inserite le parole "e dei certificati".

Il comma 5, reca altre modifiche alle leggi vigenti. In particolare si segnala l'estensione della possibilità di consultare l'archivio informatico integrato dell'IVASS anche in fase di assunzione del rischio e non solo di liquidazione del sinistro. Tuttavia sono necessarie talune modifiche al disegno di legge al fine di incrementare le connessioni dell'Archivio informatico integrato dell'IVASS. Pertanto, nella lettera a) dopo le modifiche che terminano con le parole "n. 313" occorre aggiungere le parole "; con l'archivio dei carichi pendenti istituito presso lo stesso Ministero; con l'Anagrafe Tributaria, limitatamente alle informazioni di natura anagrafica, incluso il codice fiscale o la partita IVA; con l'Anagrafe nazionale della popolazione residente istituita con decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221; con il Casellario Centrale Infortuni istituito dal regio decreto 23 marzo 1922, n. 387 presso il Ministero per il lavoro e la previdenza sociale, trasferito dal decreto luogotenenziale 30 novembre 1945, n. 877 presso l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro – INAIL, riordinato con decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38 e relativo regolamento di attuazione Decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 27 settembre 2012, n. 10546".

Si tratta di banche dati necessarie alla verifica della correttezza dei dati disponibili da integrare limitatamente alle informazioni necessarie ai fini antifrode.

Si segnala, infine, l'utilità che l'archivio integrato possa disporre anche dei dati relativi alle querele presentate dalle imprese di assicurazione. A tal fine si propone di aggiungere, sempre al comma 5, la seguente lettera:

“c) all'articolo 21, comma 4 è aggiunto il seguente periodo: “L'IVASS può richiedere alle imprese di assicurazione i dati relativi alle querele presentate all'Autorità Giudiziaria per frode assicurativa o reati collegati ed utilizzare tali informazioni esclusivamente per attività di contrasto di tali frodi all'interno dell'Archivio Informatico Integrato”.

Modifiche all'art. 25

Il punto c) dell'art. 25 è così riformulato:

c) dopo il comma 3 è aggiunto il seguente:

“ 3-bis. In ogni caso le banche, gli istituti di credito e gli intermediari finanziari di cui al comma 1, sono tenuti ad informare il richiedente il finanziamento della possibilità prevista dal medesimo comma 1 di reperire sul mercato la polizza richiesta. Fatto salvo quanto disposto dal citato comma 1, le banche, gli istituti di credito e gli intermediari finanziari sono tenuti ad informare il richiedente il finanziamento della provvigione percepita e dell'ammontare della provvigione pagata dalla compagnia assicurativa all'intermediario, sia in termini assoluti che percentuali sull'ammontare complessivo.”