

Camera dei Deputati

Commissioni riunite VI Finanze
e X Attività produttive

Legge annuale per il mercato e la concorrenza

AC. 3012 Governo e abb.

Audizione
8 giugno 2015

L'Organismo Unitario dell'Avvocatura italiana non può che ringraziare le Commissioni per questa occasione di approfondimento che denota elevato interesse per le ragioni dei danneggiati da circolazione stradale, accomunati per i noti riflessi del decreto Balduzzi sui risarcimenti, alle vittime della malasanità.

Alla Camera, oltre al DDL concorrenza, in materia “assicurativa” insistono tre disegni di legge di parlamentari del PD, uno a firma dell'On. Sara Moretto, uno a firma dell'On. Marco di Stefano oltre al quello a firma dell'On. Raffaello Vignali. Il più recente è quello a firma dell'On Fedriga. Tutti vanno in una direzione, opposta a quella del DDL, volta ad aumentare la concorrenza sul mercato. Vi è pure altro disegno di legge che ricalca, anche letteralmente, gli emendamenti più restrittivi per le ragioni dei danneggiati che vennero presentati lo scorso anno nella discussione sull'art. 8 del DDL destinazione Italia poi stralciato dal Governo.

Quanto alle previsioni del DDL concorrenza in materia riduttivamente definibile “assicurativa”, poiché riguarda più in generale l'ambito della responsabilità civile, ci si permette di rilevare come l'annunciato intervento normativo avvenga in un mercato oligopolistico come quello Italiano, consolidatosi a causa della fusione Unipol SAI, dove il ruolo delle autorità di controllo appare poco definito, e dove le Compagnie solo nel 2012 e 2013 (ultimi dati disponibili fonte Ania), hanno avuto utili complessivi per oltre 4,5 miliardi di EURO (1,8 miliardi nel 2012 e 2.4 miliardi nel 2013), forse anche a causa di un sensibile mark-up sui costi marginali dovuti ad un assetto oligopolistico del mercato.

In un tale scenario proporre un impianto legislativo basato su “sconti” obbligatori di misura indefinita (e comunque non definibile in un mercato che, per i noti vincoli comunitari, non può tollerare alcuna imposizione di regolamentazioni tariffarie) in cambio di una riduzione dei diritti delle vittime della strada potrebbe apparire una misura dirigista se non un finanziamento pubblico a favore di compagnie private i cui utili sono ben al di sopra del margine di remunerazione lordo in confronto a paesi di consolidata cultura assicurativa.

A tal proposito si vedano le cifre dello studio Ivass (quaderno 1 del 2014 pag. 3) dove si evince che il margine tecnico medio (quindi gli utili) della polizza RC auto in Italia calcolato sulla media degli anni tra il 2008 e il 2012 è di 49 euro contro una media UE di 2 euro!

L'impianto del DDL, teso a trasformare il risarcimento in indennizzo, sta già creando un danno al settore della riparazione che, se deve vedere il futuro come terzista di tre compagnie che potranno esercitare un potere contrattuale enorme su una massa di piccole imprese, non può investire e fruire dei pur debolissimi segnali di ripresa per fare qualche investimento.

Tale impianto prevede, come meglio precisato nell'allegato documento tecnico, ulteriori penalizzanti interventi in tema di liquidazione del danno alla persona che non gioveranno certo alle Vittime della Strada, delegando l'approvazione, con atto amministrativo fuori da ogni previsione di delega legislativa, delle nuove tabelle “ministeriali” nelle quali sarà assorbito pure il danno morale

Nel merito si tratta di *tabelle al ribasso* la cui approvazione venne già bocciata la scorsa legislatura da unanime mozione parlamentare. Ci si permette poi di constatare che gli assicuratori richiedono espressamente tali interventi riduzionisti assumendo essere *troppo alti* i risarcimenti italiani.

Tale assunto si basa su una ricerca commissionata da Ania alla Boston Consulting Group, dimenticando però il disclaimer di tale ricerca che bene avverte il lettore che non è stata operata alcuna attività di “due diligence” sui dati raccolti, che sono solo di fonte assicurativa. Desta quantomeno perplessità osservare

che gli esiti di tale ricerca siano stati assunti come verità addirittura nella relazione tecnica al DDL per la solare constatazione che ogni validazione scientifica ad uno studio richiede la certezza delle fonti.

Si lascia alla valutazione dei membri delle commissioni competenti la circostanza che il DDL non preveda alcuna riduzione del carico fiscale delle polizze, quello si esageratamente alto e non giustificabile.

Vista la riottosità a trattare l'argomento fiscale si potrebbe immaginare che tutto sommato l'unico risultato in materia assicurativa del DDL sarà di mantenere i premi invariati, perché si dimezzassero o si riducessero di parecchio, vi sarebbe un notevole sbilancio dal lato delle entrate fiscali.

Se è un tabù ridurre il carico fiscale del 4% adesso significa che non vi è alcun interesse a dimezzare i premi e quindi dimezzare la base imponibile, che, appunto andrebbe magari coperta con altre tasse.

Nulla poi si dice e si riferisce in relazione a quanto lo scorso anno è avvenuto in Francia, (Legge Hamon) in merito alla portabilità della polizza assicurativa, forse l'unico strumento valido in mano all'assicurato per esercitare un minimo di potere contrattuale in fase di acquisto della polizza.

Funziona in Francia, ha funzionato per la telefonia, non si vede perché non adottare tale misura in Italia, l'unica che consentirebbe alle compagnie di adottare una vera innovazione di prodotto.

L'indennizzo diretto all'italiana, resta ancora intoccabile nonostante la Corte costituzionale ne abbia sancito il carattere facoltativo; il risarcimento diretto d'altronde è, appunto, il metodo surrettizio per arrivare ad un impianto legislativo in cui le assicurazioni di fatto trasformano la materia dei risarcimenti in RC auto in materia indennitaria. Dall'abrogazione delle tariffe amministrate si è passati a risarcimenti amministrati.

Fatte queste premesse è evidente la preoccupazione che le misure assicurative contenute nel DDL concorrenza sposando, anche letteralmente (cfr L'assicurazione italiana 2013 2014, p.178), le richieste di Ania, condivise purtroppo da un'Antitrust frutto di una dirigenza di gemmazione bancaria, consociativa e purtroppo filo assicurativa, vadano nella direzione opposta alla necessaria salvaguardia di concorrenza, mercato interno, diritti delle vittime e degli assicurati.



Organismo Unitario dell'Avvocatura Italiana

OSSERVAZIONI CRITICHE IN MERITO AL CAPO 1 («ASSICURAZIONI E FONDI PENSIONE») DEL DISEGNO DI LEGGE CONCORRENZA

1. Premessa.

Sin dalla pubblicazione della **prima bozza** del cd. “**DDL concorrenza**” l’OUA ha lanciato un motivato allarme, sui risvolti altamente negativi per assicurati e danneggiati della proposta di legge in relazione alle specifiche tematiche in materia di responsabilità civile.

In particolare:

- OUA ha denunciato il rischio di un’esponentiale esplosione del contenzioso a fronte di un provvedimento peggiorativo della tutela degli assicurati e dei danneggiati; infatti, già in tale prima bozza risultava come il DDL Concorrenza perseguisse la compressione di svariati diritti, anche fondamentali, dei danneggiati, tramite un sistema di norme preordinato all’introduzione di limiti ai diritti dei danneggiati/consumatori, per alcuni profili soltanto “in cambio” di sconti “obbligatori” comunque di evanescente natura;
- ha rilevato come le materie della responsabilità civile, della tutela risarcitoria e di tutti i conseguenti riflessi sul processo civile debbano essere necessariamente di competenza del Ministero della Giustizia e non certo demandate, come appare evidente dalla lettura del documento ad altri Dicasteri, quali lo Sviluppo Economico o addirittura la Salute!

In data **3 aprile 2015** è stata poi presentato il DDL 3012 “Concorrenza”, che malgrado il monito di allarme dell’Organismo Unitario dell’Avvocatura, rivolto direttamente al Ministro della Giustizia, ha visto l’approvazione di un testo ancor più rigido, che ha pure provveduto a “decapitare” le aspettative dei danneggiati, declassandole da Diritti a mere aspettative di indennizzo ancorate a criteri commerciali ed apparentemente svincolate dalla reale entità dei danni subiti e patiti.

Il valore della vita, in termini di punti di invalidità, viene ridotto in termini drastici (anche, per i casi più gravi, del 50%) a solo uso e consumo della lobby delle compagnie assicuratrici, costantemente favorite da provvedimenti normativi che, a dispetto degli avvicendamenti politici, sono univoci, concordi e costanti nel segnare un solco sempre più marcato tra il concetto di risarcimento del danno e quello di mero indennizzo!

Ora, venendo al testo del DDL e seguendo l’ordine cronologico del provvedimento, si evidenzieranno le criticità più evidenti, stigmatizzandosi come latiti nell’intero documento la volontà del legislatore di cercare di tutelare i diritti dell’assicurato e, soprattutto, dei danneggiati da sinistri stradali e da responsabilità medica.

2. Osservazioni.

2.1. In ordine alle finalità del DDL:

assenza di qualsiasi collegamento teleologico con le norme penalizzanti

assicurati e danneggiati.

Articolo 1 (Finalità)

1. La presente legge interviene a rimuovere ostacoli regolatori all'apertura dei mercati, a promuovere lo sviluppo della concorrenza e a garantire la tutela dei consumatori, anche in applicazione dei principi del diritto dell'Unione europea in materia di libera circolazione, concorrenza e apertura dei mercati, nonché alle politiche europee in materia di concorrenza.

Nessuna delle norme recate dal Capo I qui in commento è in linea con le finalità dichiarate.

Non è dato comprendere in quali termini vi sia corrispondenza tra, da un lato, tali disposizioni e, dall'altro lato, i principi e le politiche dell'Unione Europea in materia di concorrenza ed apertura dei mercati.

Senz'altro queste finalità non hanno nulla da spartire con la tutela risarcitoria dei danneggiati da sinistri stradali e da responsabilità medica, tantomeno con norme che sviliscono il diritto di questi ad un giusto risarcimento: la questione dei risarcimenti per le violazioni di diritti fondamentali non è tema che tocca il problema della concorrenza e dell'apertura dei mercati.

Più in generale emerge una concezione delle “politiche della concorrenza” in tutto e per tutto singolare: infatti, in economia la concorrenza è quella condizione nella quale più imprese competono sul medesimo mercato; nella prospettiva europea (il mercato aperto) le politiche in materia sono indirizzate al superamento di barriere discriminatorie all'accesso di *competitors* stranieri in un determinato mercato nazionale.

Ciò, come si dimostrerà oltre, non permea in alcun modo il Capo in disamina.

Dunque, in relazione alla materia in disamina le “politiche della concorrenza” vengono in rilievo del tutto impropriamente e strumentalmente.

Peraltro, nella relazione alla bozza di DDL, presentata al CdM, si è asserito come tale provvedimento prenderebbe, altresì, le mosse dallo “spirito del beneficio al consumatore” e rappresenterebbe “un passo in avanti nella “democratizzazione” del Paese”.

Risulta impossibile apprezzare le disposizioni, di cui al Capo I, alla luce di questi nobili intendimenti: nessun particolare beneficio si delinea a favore dei consumatori; soprattutto, è evidente come la drastica diminuzione della tutela risarcitoria dei danneggiati da sinistri stradali e responsabilità medica sia lungi dal conciliarsi con la “democratizzazione” del nostro Paese, giacché, come si dimostrerà oltre, **si prospettano gravi violazioni di fondamentali precetti costituzionali.**

2.2. Obbligo a contrarre e “accordi di cartello”: nessuna prevenzione.

Articolo 2. (Obbligo a contrarre)

1. All'articolo 132 del Codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, il comma 1 è sostituito dai seguenti: «1. Le imprese di assicurazione stabiliscono preventivamente le condizioni di polizza e le tariffe relative all'assicurazione obbligatoria, comprensive di ogni rischio derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti. 1-bis. Le imprese di assicurazione sono tenute ad accettare le proposte che sono loro presentate secondo le condizioni e alle tariffe di cui al comma 1, fatta salva la necessaria verifica della correttezza dei dati risultanti dall'attestato di rischio, nonché dell'identità del contraente e dell'intestatario del veicolo, se persona diversa. 1-ter. Qualora dalla verifica, effettuata anche mediante consultazione delle banche dati di settore e dell'archivio antifrode istituito presso l'I.V.A.S.S. di cui all'art. 21 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, risulti che le informazioni fornite dal contraente non siano corrette o veritiere, le imprese di assicurazione non sono tenute ad accettare le proposte loro presentate».

Ancora una volta, pur declamando di intendere favorire concorrenza e libero mercato, il Governo non prevede alcuna norma per prevenire “accordi di cartello” tra assicurazioni nella fissazione delle condizioni di polizza e delle tariffe.

Anzi, il *restyling* della prima parte dell'art. 132, comma 1, del Codice delle assicurazioni private evidenzia ancora di più la totale ambiguità della nostra normativa.

E' noto infatti che il settore della RC auto vede tre gruppi dividersi quali il 70% del mercato e su tale anomala situazione non si è scelto di intervenire.

2.3. Non meglio precisati sconti sui premi in cambio di marginali diminuzioni di tutela reale: assicurati e danneggiati inconsapevoli del reale "prezzo" dei risparmi prospettati.

Articolo 3. (Trasparenza e risparmi RC veicoli a motore)

Articolo 132-ter (Sconti obbligatori)

1. In presenza di almeno una delle seguenti condizioni, da verificarsi in precedenza o contestualmente alla stipulazione del contratto o dei suoi rinnovi, le imprese di assicurazione praticano uno sconto significativo rispetto al prezzo della polizza altrimenti applicato:

- a) nel caso in cui i soggetti che presentano proposte per l'assicurazione obbligatoria accettano di sottoporre il veicolo a ispezione;
- b) nel caso in cui vengono installati, su proposta della impresa di assicurazione, o sono già presenti meccanismi elettronici che registrano l'attività del veicolo, denominati scatola nera o equivalenti, o ulteriori dispositivi, individuati, per i soli requisiti funzionali minimi necessari a garantire l'utilizzo dei dati raccolti, in particolare, ai fini tariffari e della determinazione della responsabilità in occasione dei sinistri, con decreto del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministero dello sviluppo economico, da adottarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge;
- c) nel caso in cui vengono installati, su proposta dell'impresa di assicurazione, meccanismi elettronici che impediscono l'avvio del motore a seguito del riscontro di un tasso alcolemico da parte del guidatore superiore ai limiti stabiliti dalla legge per la conduzione di veicoli a motore;
- d) nel caso in cui i soggetti che presentano proposte per l'assicurazione rinunciano, in deroga agli articoli contenuti nel libro IV, titolo I, capo V, del codice civile, alla cedibilità del diritto al risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti senza il consenso dell'assicuratore tenuto al risarcimento;
- e) nel caso in cui i soggetti che presentano proposte per l'assicurazione esercitano, in alternativa al risarcimento per equivalente, la facoltà di ricevere un risarcimento in forma specifica di danni a cose, in assenza di responsabilità concorsuale, fornendo idonea garanzia sulle riparazioni effettuate, con una validità non inferiore a due anni per tutte le parti non soggette a usura ordinaria.

La garanzia di cui al periodo precedente è presupposta per i contratti di assicurazione di veicoli o natanti nuovi alla prima immatricolazione.

- f) nel caso in cui, ove non trova applicazione la lettera e), i soggetti che presentano proposte per l'assicurazione si impegnano ad accettare un risarcimento per equivalente pari a quanto previsto nelle convenzioni di cui al comma 4, fornendo, in caso di sinistro, informazioni relativamente al soggetto che procederà alla riparazione, e stabilendo un termine massimo per consentire all'impresa di assicurazione di verificare la stima dell'ammontare del danno prima che le riparazioni siano effettuate.

2. In sede di emissione del preventivo, le imprese di assicurazione evidenziano, per ciascuna delle condizioni di cui al comma 1, l'ammontare dello sconto praticato in caso di accettazione da parte del contraente.

3. Nei casi di cui al comma 1, lettere b) e c), la riduzione di premio praticata dalla compagnia è superiore agli eventuali costi di installazione, disinstallazione, sostituzione, funzionamento e portabilità sostenuti direttamente dall'assicurato. Tale riduzione del premio si applica altresì in caso di contratto stipulato con un nuovo assicurato e in caso di scadenza di un contratto o di stipula di un nuovo contratto di assicurazione fra le stesse parti. Resta fermo l'obbligo di rispettare i parametri stabiliti dal contratto di assicurazione.

4. L'impresa di assicurazione che offre al contraente la facoltà di cui al comma 1, lett. e), comunica all'I.V.A.S.S., entro 30 giorni dall'entrata in vigore di una nuova tariffa l'entità della riduzione del premio prevista. Nella medesima comunicazione, le imprese di assicurazione identificano la tipologia di veicoli e gli ambiti territoriali nei quali offrono tale facoltà a tutti i contraenti, nonché l'adeguatezza della propria rete di riparatori convenzionati, sia in termini di copertura territoriale che di congruità operativa e assistenziale».

Ad una prima analisi dell'art.132-ter dlgs 2005 n. 209 Codice delle assicurazioni private, nella versione di cui al DDL, appare con evidenza quanto segue: a fronte di presunti sconti sui premi di polizza - sconti sulla cui entità è lasciato ampio margine di discrezionalità a favore delle compagnie assicurative - **il danneggiato subisce diminuzioni di tutela senza neppure, al momento della stipula, avere contezza dei reali effetti negativi sui suoi diritti.**

In particolare, emerge quanto segue:

- l'assicurato-danneggiato **perderà il diritto al risarcimento integrale del danno al mezzo**, essendo "obbligato" a ripararlo presso un "riparatore convenzionato" (... e dire che la norma mira a favorire la concorrenza!!!) e **non potendo più percepire un risarcimento in denaro** in totale stravolgimento dei principi codicistici sull'assicurazione per i danni e della responsabilità

civile;

- peraltro, il danneggiato non avrà alcuna garanzia in merito alla tipologia della riparazione che, soprattutto su veicoli di pregio, sarà affidata a riparatori convenzionati con le compagnie assicurative senza alcuna garanzia sulla provenienza dei pezzi di ricambio e soprattutto sulla compatibilità dell'intervento tecnico con la garanzia del costruttore del veicolo;
- **il danneggiato si vedrà determinare il premio sulla base di imperscrutabili parametri sullo "stile di guida" determinato dalla "scatola nera" il cui costo sarà peraltro totalmente a suo carico;**
- **il danneggiato dovrà sottostare ad ulteriori incombenze burocratiche prima di provvedere alla riparazione del proprio veicolo.**

Ciò illustrato, il DDL, quindi, mira a stravolgere il sistema attuale di tutela del danneggiato, sistema che si connota per le seguenti caratteristiche:

- non è possibile imporre al danneggiato un risarcimento in forma specifica; il codice civile all'art. 2058 c.c. prevede l'opposto, cioè **la facoltà in capo al danneggiato** di richiedere il risarcimento in forma specifica e non certo dell'assicuratore debitore di offrirlo; del resto, non è possibile sostituire un debitore ad un altro senza il consenso del danneggiato creditore per l'evidente ragione che un conto è adempiere un debito pagando in denaro, un conto è volere adempiere offrendo una prestazione di fare (riparare) poiché non è certo indifferente per il creditore danneggiato sapere chi e come riparerà il suo mezzo; tecnicamente, infatti, la riparazione è definita una prestazione non fungibile vale a dire non è la stessa cosa far riparare il veicolo sommariamente con l'unico scopo di risparmiare sul costo delle riparazioni, piuttosto che ripararlo a regola d'arte;
- eventuali previsioni contrattuali, inserite in sede di polizza, tali da imporre il "risarcimento in forma specifica" (con imposizione anche delle modalità) sono affette da nullità per contrasto con la previsione dell'art 33 lett. s) del Codice del consumo, che non consente all'assicuratore (professionista) di sostituire a sé un terzo nei rapporti derivanti dal contratto, anche nel caso di preventivo consenso del consumatore, qualora risulti diminuita la tutela dei diritti di quest'ultimo;
- il danneggiato, peraltro, ha diritto a farsi risarcire il danno a prescindere dalla circostanza che il proprio veicolo sia riparato oppure no; sul punto si è recentemente espressa anche la Suprema Corte: **Cass. civ., Sez. III, 10 giugno 2013, n. 14535**; questa pronuncia ha addirittura riconosciuto al danneggiato, in assenza di prova dell'intervenuta riparazione, che il pagamento dell'IVA è dovuto **anche se sia solo in presenza di un preventivo**, cioè sul presupposto che *"il risarcimento del danno patrimoniale si estende agli oneri accessori e consequenziali"*.

Il "nuovo" art. **132-ter lett. e)** mira ad archiviare tale sistema: nell'impostazione, di cui al DDL, l'assicuratore per la RC auto - assicurazione che ha ad oggetto una prestazione di natura indennitaria – non è più tenuto a pagare i costi della riparazione sostenuti o sostenendi dall'assicurato-danneggiato presso un carrozziere di fiducia, ma è legittimato a farsi sostituire nell'adempimento dell'obbligazione risarcitoria da un terzo, il riparatore "convenzionato", sul cui operato il consumatore non ha alcun tipo di controllo/potere.

Ciò incide pesantemente sulla tutela reale dell'assicurato-danneggiato, giacché non è affatto indifferente per l'automobilista da chi e soprattutto come viene riparato il proprio veicolo. Del tutto evidente è che una riparazione effettuata a cura e spese dell'assicuratore, con l'unico scopo di risparmiare denaro, è destinata ad essere di qualità inferiore: questa è una certezza, come del resto dimostrano

l'assoggettamento dei medici legali fiduciari di compagnie assicuratrici alle direttive di queste ultime e, stante l'imposizione a questi professionisti di tariffe ridottissime, l'approssimazione dei contributi tecnici di questi.

La norma appare poi estremamente macchinosa nella sua applicazione: non sono indicate le procedure per accedere alla riparazione, manca il coordinamento tra la norma e la procedura liquidativa di cui al 149, non è chiarito come e soprattutto quando il danneggiato potrà sapere che non vi è responsabilità concorsuale e di conseguenza non è chiarito quando potrà far riparare il mezzo.

Si pensi, inoltre, al caso di un veicolo non marciante: nell'attesa che si definisca il quadro della responsabilità cosa dovrà fare l'assicurato, gli sarà garantito un veicolo sostitutivo?

E se poi dovesse risultare responsabile del sinistro, dovrà rifondere a sue spese l'uso del veicolo?

Quali garanzie ci saranno sulla corretta esecuzione dei lavori da parte dell'assicuratore? E, soprattutto, nulla si dice sulla fatturazione del lavoro che si richiede che in ogni caso debba avvenire in capo al danneggiato al quale deve comunque essere fornita preventiva informazione sulle modalità della riparazione!

Insomma, nel modello, di cui al DDL, l'assicurato-danneggiato si trova in totale balia dell'assicurazione e del riparatore convenzionato.

Tale diminuzione di tutela, tra l'altro, interviene in cambio di un fantomatico sconto commisurato su basi assolutamente indeterminate.

2.4. Danni a cose e limiti discriminatori alla prova testimoniale: la violazione del diritto di accesso alla tutela rimediale ed a un giusto processo.

Articolo 6. (Identificazione dei testimoni di sinistri con soli danni a cose)

1. All'articolo 135 del Codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, dopo il comma 3 sono aggiunti i seguenti:

«3-bis. In caso di sinistri con soli danni a cose, l'identificazione di eventuali testimoni sul luogo di accadimento dell'incidente deve essere comunicata entro il termine di presentazione della denuncia di sinistro prevista dall'articolo 143, e deve risultare dalla richiesta di risarcimento presentata all'impresa di assicurazione ai sensi degli articoli 148 e 149. Fatte salve le risultanze contenute in verbali delle autorità di polizia intervenute sul luogo dell'incidente, l'identificazione dei testimoni avvenuta in un momento successivo comporta l'inammissibilità della prova testimoniale addotta.

3-ter. In caso di giudizio, il giudice, sulla base della documentazione prodotta, non ammette le testimonianze che non risultino acquisite secondo le modalità previste dal comma 3-bis. Il giudice dispone l'audizione dei testimoni che non sono stati indicati nel rispetto del comma 3-bis nei soli casi in cui risulti comprovata l'oggettiva impossibilità della loro tempestiva identificazione.

3-quater. Nelle controversie civili attivate per l'accertamento della responsabilità e la quantificazione dei danni, il giudice, anche su documentata segnalazione delle parti che, a tal fine, possono richiedere i dati all'I.V.A.S.S., trasmette un'informativa alla Procura della Repubblica, per quanto di competenza, in relazione alla ricorrenza dei medesimi nominativi di testimoni già chiamati in più di tre cause concernenti la responsabilità civile da circolazione stradale negli ultimi cinque anni.

Il presente comma non si applica agli ufficiali e agli agenti delle autorità di polizia che sono chiamati a testimoniare».

All'art. 6 il DDL si propone di novellare l'art. 135 del Codice delle assicurazioni private innanzitutto introducendo le seguenti plurime preclusioni alla prova testimoniale con riferimento al risarcimento dei danni a cose da sinistri stradali:

- sono inammissibili i testi la cui identificazione sia avvenuta in un momento successivo al sinistro, fatta salva la prova dell'oggettiva impossibilità della loro tempestiva identificazione;
- sono ritenuti tali anche i testi, che, pur identificati sul luogo di verifica dell'incidente, non sono stati poi indicati entro il termine di presentazione della denuncia di sinistro e poi nella richiesta di risarcimento.

La novella è destinata ad avere effetti paradossali nella pratica corrente:

- si pensi ad un sinistro semplice quale un tamponamento, dove le parti non sottoscrivano il modello CAI; il soggetto tamponato serenamente sporge la propria richiesta danni per poi scoprire dopo alcuni mesi che la controparte, sin dal principio e secondo le modalità di cui alla legge, ha contestato la responsabilità fornendo un testimone che sostiene che il primo in realtà procedesse in retromarcia; ebbene in questo caso, in assenza di verbale, il primo non potrebbe in nessun caso contestare l'avversa prospettazione, perdendo la possibilità di essere risarcito e, tra l'altro, sopportando l'aumento del premio assicurativo;
- **il soggetto in malafede non avrà difficoltà ad organizzarsi con testi falsi**; sarà sufficiente che non sottoscriva il verbale e fornisca tempestivamente, secondo le modalità indicate dalla norma, i dati di questi; in altri termini, questa disposizione è lungi dal poter scongiurare comportamenti fraudolenti; essa **rischia soltanto di penalizzare le parti più virtuose e genuine**, le quali, in totale buona fede, non si preoccupano nell'immediato degli scenari legali connessi ai sinistri.

Ciò posto e tralasciandosi ogni considerazione in ordine alla pessima qualità della norma (tale da poter suscitare contrasti in ordine alla sua esatta interpretazione: per esempio, come e quando si può considerare realizzata l'identificazione in assenza di sottoscrizione del CAI e di intervento di ufficiali accertatori? Inoltre, qual è la nozione di "oggettiva impossibilità" nell'identificazione?), la disposizione in commento presenta **seri profili di incostituzionalità**:

- premettendosi che il magistrato è sempre nella possibilità di vagliare l'attendibilità di un teste, si impedisce - per mere ragioni formali e/o procedurali e/o contingenti - di accedere alla prova testimoniale così come disciplinata in via generale dal Codice civile e dal Codice di procedura civile; tale impedimento incide sull'**accesso alla tutela rimediale**, intesa sia sul piano sostanziale (la protezione del diritto leso dal sinistro: il diritto alla proprietà di cui all'art. 42 Cost.; la tutela effettiva della proprietà in questo ambito subisce un serio *vulnus*) sia sul piano processuale (diritto far valere in giudizio i propri diritti e diritto alla difesa, art. 24 Cost.; diritto ad un "giusto processo", art. 111 Cost.);
- i predetti risvolti, peraltro, comportano **palesi discriminazioni fra danneggiati** (art. 3 Cost.):
 - in seno alla stessa categoria dei danneggiati da sinistri stradali, tra, da un lato, danneggiati con soli danni a cose e, dall'altro lato, danneggiati sia con danni a cose che danni alla persona;
 - tra danneggiati con danni a cose prodotti da sinistri stradali e danneggiati con medesimi danni tuttavia cagionati da altre tipologie di eventi (si pensi, per esempio, per rimanere vicini al campo in disamina al sinistro prodotto da un'anomalia stradale);
- non solo: la norma finisce per **discriminare anche fra le parti di un processo** e, quindi, **incide sul diritto alla difesa e sulla parità tra le parti quanto all'accesso ai mezzi di prova**; infatti, è evidente che non si possono imporre preclusioni/deadenze tali da riguardare UNA SOLA DELLE PARTI, ciò alla luce, oltre che di uno smarrito buon senso, anche degli artt. 24 e 111 Cost., norme che prevede la parità delle parti all'interno del giusto processo.

In breve, con estrema superficialità, il DDL mira a calpestare i principi cardine del diritto evidenziale e del processo civile, costituendo *ex novo*, una "**barriera preclusiva ante causam**" alla prova testimoniale.

Inoltre, l'imposizione per legge di un obbligo, "a pena d'inutilizzabilità", di compiere la preventiva "indicazione" dei testimoni ad una controparte privata lede, comunque, le prerogative della difesa del danneggiato, al quale viene così imposta una **"disclosure" anticipata** a favore di una parte privata che potrebbe risultare pregiudizievole a fronte di note prassi assicurative che vedono e hanno visto i testi venire avvicinati, con modalità talvolta discutibili, da soggetti, i cosiddetti "accertatori", che hanno mandato dalle imprese di "verificarne l'attendibilità".

Peraltro, tale "disclosure" obbligatoria è assolutamente squilibrata a sfavore del soggetto che si assume danneggiato, giacché all'assicuratore non è imposto alcun analogo onere.

Deve poi aggiungersi l'assurdità della seguente precisazione recata dalla norma: *"il giudice dispone l'audizione dei testimoni che non sono stati indicati nel rispetto del comma 3-bis nei soli casi in cui risulti comprovata l'oggettiva impossibilità della loro tempestiva identificazione"*; sennonché in diversi casi la prova di tale oggettiva impossibilità risiede proprio nella deposizione testimoniale stessa! Ciò è ampiamente confermato dalla prassi.

Altro palese difetto della norma è che essa non distingue in nessun modo tra testi chiamati a deporre sulla dinamica del sinistro e testi indicati su altre circostanze (non solo quelle relative al *quantum debeatur*, ma anche quelle inerenti fatti rilevanti per l'*an debeatur* stesso: per es., il tipo di abbigliamento indossato dal pedone al momento dell'investimento; le condizioni psicofisiche del conducente al momento della sua partenza; lo stato dei luoghi, ecc.).

Occorre, infine, considerare il comma 3-*quater*, che contempla la **segnalazione dei testi "recidivi" alla Procura della Repubblica**.

Infatti, la norma impone al Giudice della futura causa di trasmettere un'informativa alla Procura, se dovesse risultare che una persona abbia assistito negli ultimi cinque anni a più di tre sinistri stradali e, quindi, testimoniato in ordine ad essi!!!

In primo luogo, è da osservarsi come tale disposizione prescindendo del tutto dal merito delle testimonianze rese, che, ivi compresa quella resa nel giudizio da cui dovrebbe scaturire la segnalazione, potrebbero benissimo risultare tutte genuine ed ineccepibili.

Poiché evidentemente non si è inteso introdurre la nuova fattispecie del reato di "testimonianza recidiva", non si capisce cosa debba segnalare il Giudice al quale da sempre corre l'obbligo di trasmettere alla Procura le dichiarazioni dei testi falsi o reticenti.

Semmai il legislatore dovrebbe intervenire con più efficacia sulla repressione del reato di falsa testimonianza, ma al riguardo deve pure sottolinearsi come il sistema penale italiano sia vieppiù carente nella sanzione reale di crimini anche più gravi ed odiosi di questo, il che rende ancora più assurda la previsione in commento, che pretende l'attivazione dell'ordinamento penale dinanzi a meri dati numerici del tutto neutrali rispetto all'eventuale commissione di reati.

L'unico ovvio risultato, a fronte di un rilevante numero di segnalazioni, è la loro intuibile archiviazione in massa con l'effetto collaterale di una paralisi dei "veri" procedimenti per falsa testimonianza.

In secondo luogo si grava il danneggiato di ulteriori incombenti e preclusioni: non solo questi dovrà chiedere ai passanti se hanno assistito all'evento, ma soprattutto se è la prima la seconda o la terza volta che gli accade, altrimenti non potrà avvalersene!

La logica, ancora una volta, è quella di **colpire indistintamente tutti** per poi, in concreto, non punire in modo adeguato chi effettivamente pone in essere reati.

Di fatto, nel suo complesso, la norma interviene a fornire **ulteriori appigli alle assicurazioni per negare risarcimenti o dilatare le tempistiche di questi o addivenire ad accordi ulteriormente al ribasso**, tutto ciò – lo si ribadisce – senza che vi sia alcuna garanzia che le preclusioni abbiano ad incidere soltanto su chi in effetti abusa del sistema.

2.5. Danno non patrimoniale: la detronizzazione del diritto alla riparazione integrale dei pregiudizi non

pecuniari (anche nei casi di macrolesioni).

Articolo 7. (Risarcimento del danno non patrimoniale)

1. L'articolo 138 del Codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è sostituito dal seguente:
«Articolo 138 (Danno non patrimoniale per lesioni di non lieve entità)

1. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della giustizia, da adottarsi entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge si provvede alla predisposizione di una specifica tabella unica su tutto il territorio della Repubblica:

a) delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra dieci e cento punti;

b) del valore pecuniario da attribuire ad ogni singolo punto di invalidità comprensiva dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto lesa.

2. La tabella unica nazionale è redatta secondo i seguenti principi e criteri:

a) agli effetti della tabella per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito;

b) la tabella dei valori economici si fonda sul sistema a punto variabile in funzione dell'età e del grado di invalidità;

c) il valore economico del punto è funzione crescente della percentuale di invalidità e l'incidenza della menomazione sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato cresce in modo più che proporzionale rispetto all'aumento percentuale assegnato ai postumi;

d) il valore economico del punto è funzione decrescente dell'età del soggetto, sulla base delle tavole di mortalità elaborate dall'ISTAT, al tasso di rivalutazione pari all'interesse legale;

e) il danno non patrimoniale temporaneo inferiore al cento per cento è determinato in misura corrispondente alla percentuale di inabilità riconosciuta per ciascun giorno. L'importo dovuto per ogni giorno di inabilità temporanea assoluta, fermi gli aggiornamenti annuali di cui al comma 4, è pari a quello previsto dal comma 1, lettera b) dell'articolo 139.

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, può essere aumentato dal giudice, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato, fino al quaranta per cento. L'ammontare complessivo del risarcimento riconosciuto ai sensi del presente articolo è esaustivo del risarcimento del danno non patrimoniale conseguente a lesioni fisiche.

4. Gli importi stabiliti nella tabella unica nazionale sono aggiornati annualmente, con decreto del Ministro dello sviluppo economico, in misura corrispondente alla variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati accertata dall'ISTAT.».

2. Fino al centovesimo giorno successivo all'entrata in vigore della presente legge, il decreto del Presidente della Repubblica di cui all'art. 138, comma 1, del Codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e successive modificazioni, è adottato secondo la disciplina previgente».

3. L'articolo 139 del Codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è sostituito dal seguente:
«Articolo 139 (Danno non patrimoniale per lesioni di lieve entità)

1. Il risarcimento del danno biologico per lesioni di lieve entità, derivanti da sinistri conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, è effettuato secondo i criteri e le misure seguenti:

a) a titolo di **danno biologico permanente**, è liquidato per i postumi da lesioni pari o inferiori al nove per cento un importo crescente in misura più che proporzionale in relazione ad ogni punto percentuale di invalidità; tale importo è calcolato in base all'applicazione a ciascun punto percentuale di invalidità del relativo coefficiente secondo la correlazione esposta nel comma 6. L'importo così determinato si riduce con il crescere dell'età del soggetto in ragione dello zero virgola cinque per cento per ogni anno di età a partire dall'undicesimo anno di età. Il valore del primo punto è pari ad **euro settecentonovantacinque e novantuno centesimi**;

b) a titolo di **danno biologico temporaneo**, è liquidato un importo di **euro trentanove virgola trentasette** per ogni giorno di inabilità assoluta; in caso di inabilità temporanea inferiore al cento per cento, la liquidazione avviene in misura corrispondente alla percentuale di inabilità riconosciuta per ciascun giorno.

2. Agli effetti di cui al comma 1 per danno biologico si intende la lesione temporanea o permanente all'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito. **In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente.**

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, può essere aumentato dal giudice, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato, **fino al venti per cento. L'ammontare complessivo del risarcimento riconosciuto ai sensi del presente articolo è esaustivo del danno non patrimoniale conseguente a lesioni fisiche.**

4. Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, con il Ministro della giustizia e con il Ministro delle attività produttive, si provvede alla

predispensione di una specifica tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra uno e nove punti di invalidità.

5. Gli importi indicati nel comma 1 sono aggiornati annualmente con decreto del Ministro delle attività produttive, in misura corrispondente alla variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati accertata dall'ISTAT.

6. Ai fini del calcolo dell'importo di cui al comma 1, lettera a), per un punto percentuale di invalidità pari a 1 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,0, per un punto percentuale di invalidità pari a 2 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,1, per un punto percentuale di invalidità pari a 3 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,2, per un punto percentuale di invalidità pari a 4 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,3, per un punto percentuale di invalidità pari a 5 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,5, per un punto percentuale di invalidità pari a 6 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,7, per un punto percentuale di invalidità pari a 7 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 1,9, per un punto percentuale di invalidità pari a 8 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 2,1, per un punto percentuale di invalidità pari a 9 si applica un coefficiente moltiplicatore pari a 2,3».

2.5.1. Premessa sull'art. 7: la “controriforma” del danno non patrimoniale.

L'art. 7 si propone di “riformare” *in peius – rectius* “controriformare” – la disciplina di cui agli artt. 138 e 139 del Codice delle assicurazioni private, **svilendo ulteriormente la tutela risarcitoria delle persone, anche quelle alle prese con gravissime lesioni.**

Questa disposizione costituisce l'ultima tappa di un lungo percorso, cominciato con il DL 70/2000, che ha costantemente visto i Governi mirare al “ridimensionamento” delle liquidazioni per i danni non pecuniari (*in primis* quelli biologici da lesioni di lieve entità) ad esclusivo favore delle compagnie di assicurazioni, nonostante l'aumento continuo dei costi della vita e dei premi assicurativi.

In particolare, dal 2000 in avanti gli Esecutivi hanno condotto una **“controriforma” reazionaria a tappe** avverso i progressi giurisprudenziali, che dagli anni settanta in avanti hanno cercato, tra l'altro riuscendovi, di delineare un sistema risarcitorio dotato di regole uniformi, idoneo a scongiurare disparità di trattamento ed a realizzare, almeno sulla carta, riparazioni del danno non patrimoniale “integrali” (*rectius* “personalizzate”, cioè tali da permettere, caso per caso, un'adeguata valorizzazione di tutti i profili – biologici, esistenziali, morali – del danno).

Vero è che da ultimo è intervenuta la pronuncia Corte Cost. 235/2014 a dar ragione a tali politiche, “salvando” l'art. 139 Cod. Ass. Priv. attraverso logiche marcatamente filo-assicurative e prive di pregio giuridico (innanzitutto sul piano della tutela costituzionale dei diritti fondamentali).

Nondimeno, tale nuova iniziativa governativa – un estremo omaggio alle assicurazioni – va ben oltre anche tale sentenza, la quale – ciò va debitamente sottolineato – ad ogni modo non lasciava intendere la possibilità di compromissioni della tutela risarcitoria sul fronte delle lesioni di non lieve entità (anzi, la Consulta è pervenuta a preservare l'art. 139 in quanto “*attinente al solo specifico e limitato settore delle lesioni di lieve entità*”).

Le molteplici questioni di costituzionalità, che scaturiranno dall'art. 7, andranno a gravare significativamente sul contenzioso futuro: gli effetti saranno devastanti non solo per i danneggiati, ma anche per il sistema giustizia.

2.5.2. Da subito risulta evidente la “mission” di abbattere drasticamente i risarcimenti per i macrolesi.

Preliminarmente va rilevato che, secondo il Governo, la nuova “controriforma” del danno non patrimoniale da sinistri stradali/responsabilità medica, recata dall'art. 7, dovrebbe assolvere ad una tra le seguenti “finalità” (art. 1 del DDL): “*La presente legge interviene a rimuovere ostacoli regolatori all'apertura dei mercati, a promuovere lo sviluppo della concorrenza e a garantire la tutela dei consumatori, anche in applicazione dei principi del diritto dell'Unione europea in materia di libera circolazione, concorrenza e apertura dei mercati, nonché alle politiche europee in materia di concorrenza*”.

Francamente, come si è già illustrato innanzi al § 2.1, non si comprende quale tra queste “specifiche”

“finalità” sorreggerebbe l’art. 7. Senz’altro non già la “*tutela dei consumatori*”, giacché a questi si consegna una tutela risarcitoria ulteriormente compromessa.

Ciò premesso, nella laconica relazione illustrativa in merito all’art. 7 si afferma che “*Le novelle degli articoli 138 e 139 del CAP intendono chiarire l’entità dei risarcimenti in caso di micro e macro lesioni permanenti, tenendo conto del complesso del danno non patrimoniale*”.

Trattasi di una **falsa rappresentazione**, nello stile ormai tipico degli ultimi Esecutivi: lo scopo, infatti, è di detronizzare al contempo la personalizzazione del danno biologico-esistenziale e la liquidazione del danno morale.

La norma non mira innocuamente a “chiarire”, bensì a **sopprimere spazi di tutela risarcitoria**.

Essa, inoltre, crea le basi per imminenti tabelle al ribasso per le lesioni da 10% a 100% di I.P..

Ciò è tanto più grave sol considerandosi che il DDL va a colpire in primo luogo i macrolesi.

2.5.3. Dal danno biologico al danno non patrimoniale: una “trasformazione” per negare qualsiasi liquidazione dei pregiudizi morali.

Va sottolineata la seguente differenza tra gli attuali artt. 138 e 139 Cod. Ass. Priv. e quelli proposti dal DDL: muta il loro titolo.

Mentre i titoli attuali fanno espressamente riferimento al solo danno biologico (art. 138: “*Danno biologico per lesioni di non lieve entità*”; art. 139: “*Danno biologico per lesioni di lieve entità*”), al contrario i “nuovi” artt. 138 e 139 si riferiscono al “**danno non patrimoniale**” (art. 138: “*... per lesioni di non lieve entità*”; art. 139: “*... per lesioni di lieve entità*”).

Lo stesso art. 7 si intitola “*Risarcimento del danno non patrimoniale*”.

Dunque, palese è che non si sia dinanzi ad un mero “chiarimento”, bensì ad un **autentico tentativo di cancellare la liquidazione del danno morale**.

In particolare, è del tutto manifesto come il Governo si proponga di inglobare nelle tabelle e nei limiti alla personalizzazione degli importi di base anche il danno morale nella sua interezza, che, come noto, eppure non rientra - né giuridicamente, né naturalisticamente, né medicolegalmente - nel danno biologico (le SS. UU. del 2008 così come la Corte Costituzionale del 2014 hanno fornito un’interpretazione *contra legem*; i medici legali, seri e non asserviti alle assicurazioni, hanno costantemente dimostrato come biologico e morale siano due profili del danno non patrimoniale lungi dal potere essere considerati sovrapponibili).

Di fatto è palese il tentativo di **soffocare il danno morale**.

Ciò emerge oltre che dai nuovi titoli assegnati agli articoli in questione anche dai seguenti passaggi:

- in seno all’art. 7, comma 1, si prevede la “nuova” versione dell’art. 138, che:
 - al comma 2, lett. e), laddove prevede principi e criteri per la liquidazione delle invalidità temporanee, fa la sua comparsa al posto del “danno biologico temporaneo” il “*danno non patrimoniale temporaneo*”;
 - al comma 3, secondo periodo, ove si precisa che “*L’ammontare complessivo del risarcimento riconosciuto ai sensi del presente articolo è esaustivo del risarcimento del danno non patrimoniale conseguente a lesioni fisiche*”;
- all’art. 7, comma 2, la “nuova” versione dell’art. 139, ove al comma 3 ribadisce ossessivamente il predetto concetto: “*L’ammontare complessivo del risarcimento riconosciuto ai sensi del presente articolo è esaustivo del risarcimento del danno non patrimoniale conseguente a lesioni fisiche*”.

Insomma, gli intenti del Governo sono inequivocabili: la liquidazione dei valori tabellari e la loro (come si rileverà oltre, eventualissima) personalizzazione “mangiano” ogni altro profilo del danno non patrimoniale (pregiudizi morali *in primis*), il tutto ad esclusivo vantaggio della compagine assicurativa.

Già nel 2005 nel Codice delle Assicurazioni Private il danno biologico aveva inglobato i pregiudizi esistenziali, ora si prende pure i pregiudizi morali.

Invero, tralasciandosi che *a priori* non sarebbe possibile affermare l'eshaustività di somme risarcitorie ingabbiate in tabelle e "caps" (ciò viola molto chiaramente l'art. 3 Cost.), il DDL è lungi dal risolvere ogni disputa che agita la mente del Governo e, soprattutto, della *lobby* che ha dettato l'art. 7: alla foga riformatrice corrisponde pure una significativa (invero, non nuova) approssimazione nella redazione di tali disposizioni, sicché ci si trova dinanzi all'inciso "**conseguente a lesioni fisiche**" tale da dischiudere alla risarcibilità, oltre i limiti previsti, dei pregiudizi non pecuniari/non biologici discendenti da fattispecie di reato (il **danno morale da reato subito**), da condotte particolarmente riprovevoli (il **danno morale aggravato dalla condotta**) e, soprattutto, **da lesione di altri beni garantiti dalla Costituzione**, tra i quali, non solo il diritto alla personalità ed al rispetto della dignità e dell'integrità morale, ma anche alla protezione della salute psichica (!).

Si badi bene: le predette disposizioni si riferiscono alle sole conseguenze delle "*lesioni fisiche*", non già anche di quelle "*psichiche*".

Ciò premesso ed anche a prescindere dagli effetti concreti in termini di drastico ridimensionamento dei risarcimenti, siffatta operazione governativa non si regge sul piano teorico né giuridicamente né naturalisticamente.

Infatti, si pretende di affermare l'eshaustività del risarcimento determinato sulla base delle tabelle e degli ristretti margini, nonostante sia assodato che **i pregiudizi morali non sono "biologicocentrici"**, cioè non necessariamente corrispondono ad una (modesta) percentuale del danno biologico.

A parte le infelici sentenze delle Sezioni Unite del 2008 la Cassazione ci ha sempre insegnato che la liquidazione del danno morale non può risultare condizionata da quanto eventualmente riconosciuto a titolo di danno biologico; in particolare, come ribadito in più occasioni dalla Suprema corte, "*non può stabilirsi a priori il maggior valore del danno biologico rispetto al danno morale*", essendo che "*questo ultimo non è soltanto pretium doloris, ma anche la risposta satisfattiva alla lesione della dignità umana*" (così, *ex plurimis*, Cass. civ., Sez. III, 11 giugno 2009, n. 13530).

2.5.4. La "personalizzazione" ristretta del danno non patrimoniale: dimezzati i risarcimenti.

In primo luogo, sul versante delle macrolesioni, l'Esecutivo ha previsto un innalzamento dei margini per la personalizzazione del danno non patrimoniale dalla soglia del 30% a quella del 40%.

Tuttavia, nel 40% (per le lesioni da 1% a 9% rimane, invece, l'incremento massimo del 20%) rientrano, nella prospettiva del DDL, anche i pregiudizi morali, mentre gli attuali limiti alla personalizzazione, recati dagli art. 138 e 139 vigenti, riguardano il solo danno biologico: un conto è un 30% su una somma che concerne unicamente il danno biologico, ben altra questione è un 40% su una somma che riguarda il danno non patrimoniale onnicomprensivo.

In particolare, occorre rilevare quanto segue:

- nelle tabelle milanesi il *quantum* di base è calcolato assommandosi il "*punto biologico 2008*" (rivalutato) ed una percentuale presuntiva di incremento *standard* sostanzialmente corrispondente alla tradizionale posta del danno morale, stabilita, per le lesioni superiori al 33% di I.P. nella misura del 50% (cfr. colonne 2 e 3); viceversa, nelle tabelle previste dall'art. 138 per le macrolesioni (così come già in quelle per le micropermanenti di cui all'art. 139) le somme base non includono tale percentuale di incremento per il danno morale, sicché nella r.c.a. e nella r.c. medica la personalizzazione rispettivamente del 40% (macrolesioni) e del 20% (lesioni di non lieve entità) verrebbe a giocarsi su parametri di partenza nettamente inferiori;
- le attuali tabelle legislative per le micropermanenti già recano valori decisamente inferiori rispetto a quelle giurisprudenziali (cfr. sia le tabelle milanesi che quelle romane); noto, inoltre, è

che l'ultima versione della tabella in progetto per le lesioni di non lieve entità prevedesse, relativamente al solo danno biologico, abbattimenti, rispetto ai valori milanesi, anche del 50%.

Ciò posto, dunque, nel DDL la prospettiva – già realizzabile nel campo delle micropermanenti – è quella di una **personalizzazione su basi di partenza immensamente inferiori rispetto ai parametri milanesi**: le nuove versioni degli artt. 138 e 139 trasformano i valori tabellari del danno biologico in parametri inglobanti il danno morale, senza prevedere aumenti percentuali per quest'ultimo come fece l'Osservatorio sulla Giustizia Civile del Tribunale di Milano nel 2009.

In pratica, nel DDL **rimangono invariati i valori di base, ma si pretende di inglobare in essi i pregiudizi morali** e non occorre certo un genio matematico per predire, con riferimento alla liquidazione delle macrolesioni, abbattimenti del *quantum* del danno non patrimoniale anche oltre il 50% rispetto ai valori indicati dalle tabelle milanesi e romane.

In secondo luogo, deve osservarsi come il DDL modifichi, rispetto alle attuali versioni degli artt. 138 e 139 Cod. Ass. Priv, anche i criteri per la personalizzazione delle somme di base.

Nella formulazione vigente questi articoli recitano rispettivamente quanto segue:

- art. 138, comma 3: *“Qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali, l'ammontare del danno determinato ai sensi della tabella unica nazionale può essere aumentato dal giudice sino al trenta per cento, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato”*;
- art. 139, comma 3: *“L'ammontare del danno biologico liquidato ai sensi del comma 1 può essere aumentato dal giudice in misura non superiore ad un quinto, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato”*.

Nei commi 3, di cui al DDL, si rinvencono, invece, **due ulteriori inedite strettoie**: la personalizzazione può essere accordata alla condizione che *“la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali”* e – questa la prima novità – soltanto qualora tali pregiudizi siano *“documentati e obiettivamente accertati”* oppure – anche questa una novità *in peius* – la menomazione *“causi o abbia causato una sofferenza psicofisica di particolare intensità”*.

In breve, si ha quanto segue:

- i **pregiudizi dinamico-relazionali** (*alias* i pregiudizi esistenziali), che devono essere *“rilevanti”*, possono sostanziare la personalizzazione delle somme base *soltanto* qualora siano accertati su base documentale (*sic*!); pertanto, secondo i desiderata del Governo, le testimonianze sarebbero irrilevanti; ciò origina una limitazione insostenibile (anche costituzionalmente) dei mezzi di prova a disposizione del danneggiato;
- le **“sofferenze psicofisiche”** (cioè, secondo la medicina legale, le “componenti dolorose” del danno biologico fisico) – N.B., non conteggiate nelle somme base (noto, infatti, è che a monte le tabelle medico legali non le considerino) – possono venire liquidate soltanto laddove di *“particolare intensità”* (insomma, si inserisce una franchigia per la risarcibilità di questo pregiudizio);
- i **pregiudizi morali** – che sono naturalisticamente distinti dalle *“sofferenze psicofisiche”* (cfr. Buzzi, Domenici, Bargagna, ecc.) – **scompaiono dalla scena**, apparentemente non rilevando neppure in sede di personalizzazione (pur dicendoci il DDL che la liquidazione prevista dagli artt. 138 e 139 è esaustiva del danno non patrimoniale); ciò a meno di ritenere l'assoluta ignoranza del Governo e dei suoi lobbysti (il che non dovrebbe stupire) e, quindi, che questi abbiano confuso tra *“sofferenze psicofisiche”* e *“sofferenze morali”*; in tal caso, però, per come si è sopra riferito la quota di base, diversamente dalle tabelle milanesi, non considererebbe in alcun modo il profilo morale e, quindi, la liquidazione di questo si giocherebbe per intero in seno ai limiti posti

per la personalizzazione (un massimo del 40% non è il 50% previsto dalle tabelle milanesi e da quelle romane per il solo danno morale da macrolesioni).

Insomma, ecco perché siamo dinanzi ad una vera e propria presa in giro da parte del Governo, laddove prospetta di aumentare il limite alla personalizzazione del danno non patrimoniale dal 30% al 40%.

Peraltro, tutti sappiamo che anche soltanto un 10% di personalizzazione per le micro è un autentico miraggio in sede di trattative stragiudiziali così come costantemente negate dalla stragrande maggioranza dei liquidatori sono le personalizzazioni per le macro, nonostante le evidenze fornite (al punto che sarebbe opportuno domandarsi che senso abbia dialogare con gli uffici di liquidazione).

2.5.5. Le future tabelle per le lesioni di non lieve entità: nuova delega in bianco con macroscopici vizi.

Il Governo, essendo decaduto da tempo dalla delega prevista per la redazione delle tabelle di cui all'art. 138, ha ritenuto di cogliere la palla al balzo per rimettersi in gioco: *“si afferma ... l'ultravigenza delle disposizioni attualmente vigenti circa l'adozione della tabella sulle macrolesioni, attualmente non ancora adottata”*.

Ciò implica che l'Esecutivo, laddove venisse approvata la norma prevista dal DDL (nello specifico, il comma 2 dell'art. 7), si troverebbe **nuovamente legittimato all'emanazione delle famigerate tabelle**.

Sennonché la rivitalizzata delega continua a contraddistinguersi per molteplici difetti, già rilevati in dottrina con riferimento alla “riforma” del 2005 (Rossetti *in primis*): per la redazione della tabella recante i valori monetari il comma 2 dell'art. 138 contempla *“principi e criteri”* eccessivamente generici e connotati da scarissimo tecnicismo, nonché da scelte discutibili nel merito.

Ad esempio, rimane non condivisibile ed è solo foriera di diversi problemi interpretativi la precisazione per cui *“il valore economico del punto è funzione crescente della percentuale di invalidità e l'incidenza della menomazione sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato cresce in modo più che proporzionale rispetto all'aumento percentuale assegnato ai postumi”* (art. 138, comma 2, lett. c).

Infatti, che *“l'incidenza della menomazione sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato”* faccia aumentare il punto in misura *“più che proporzionale rispetto all'aumento percentuale assegnato ai postumi”* è criterio doppiamente errato:

- in primo luogo, ciò costituisce un ulteriore ingiustificato fattore di discriminazione tra lesioni di non lieve entità e lesioni di lieve entità (per le quali, invece, si applica il seguente criterio: *“a titolo di danno biologico permanente, è liquidato per i postumi da lesioni pari o inferiori al nove per cento un importo crescente in misura più che proporzionale in relazione ad ogni punto percentuale di invalidità”*, art. 139, comma 1, lett. a);
- in secondo luogo, per questa via si costringe a viva forza entro l'emananda tabella il profilo dinamico-relazionale del danno biologico (e cioè, in definitiva, i pregiudizi esistenziali), aspetto che, invero, notoriamente varia da caso a caso e che pertanto, fatta eccezione per gli aspetti dinamico relazionali comuni a tutti (per i quali non si rendeva necessaria la specificazione di cui alla norma in esame), non è per definizione suscettibile di essere trasposto entro valori standardizzati.

La superficialità dei criteri tracciati dall'art. 138, comma 2, raggiunge poi il suo apice alla lettera d), che stabilisce che *“il valore economico del punto è funzione decrescente dell'età del soggetto, sulla base delle tavole di mortalità elaborate dall'ISTAT, al tasso di rivalutazione pari all'interesse legale”*:

- il primo criterio (*“funzione decrescente dell'età del soggetto”*) risulta sostanzialmente inutile (la lettera a) già prevede che il valore del punto debba variare in funzione dell'età della vittima);

- non si capisce in alcun modo quale sia la funzione del riferimento alle tavole ISTAT;
- la previsione per cui il valore economico del punto è “*funzione decrescente dell'età della vittima (...) al tasso di rivalutazione pari all'interesse legale*” lascia basiti ed è semplicemente assurda, poiché, come correttamente osservato (Rossetti), “**un coefficiente non si rivaluta né può essere soggetto a rivalutazione, né tampoco si può rivalutare una funzione matematica**”.

E' poi da evidenziarsi, come permanga ancora un assurdo criterio di differenziazione per le liquidazioni delle invalidità permanenti di lieve entità e quelle di non lieve entità: quale distinzione, oltre che numerica, potrà mai intercorrere tra un 9 % ed un 10 %?

Ad ogni modo ciò che più colpisce in senso negativo dei “*principi e criteri*” dettati dall'art. 138 è come la delega sia **in bianco**, cioè non preveda alcun criterio monetario.

Ciò significa che l'Esecutivo ha mano totalmente libera e, come ha già dimostrato in suoi precedenti tentativi, potrà anche dimezzare i parametri di base rispetto ai valori attuali individuati dalle tabelle milanesi e romane.

2.5.6. Il “danno non patrimoniale temporaneo”: al ribasso anche sul versante delle macrolesioni.

Preliminarmente deve sottolinearsi che il “**danno biologico temporaneo**” si trasforma in “**danno non patrimoniale temporaneo**” (N.B.!!!) a parametro monetario invariato (per essere precisi, **euro trentanove virgola trentasette per ogni giorno di inabilità assoluta**).

Diversamente da quanto rinvenibile in seno al “nuovo” art. 138, comma 2, lett. e) (ove il Governo impiega espressamente il lemma “*danno non patrimoniale temporaneo*”), in realtà l'art. 139, comma 1, lett. b), nella versione di cui al DDL, si riferisca ancora al “*danno biologico temporaneo*”. Tuttavia, al comma 3 la norma “*chiarezza*” anche per le lesioni di lieve entità quanto segue: “*L'ammontare complessivo del risarcimento riconosciuto ai sensi del presente articolo è esaustivo del risarcimento del danno non patrimoniale conseguente a lesioni fisiche*”.

Dunque, si ha quanto segue: il Governo si propone di levare di torno qualsiasi possibilità di incrementi a titolo di danno morale da invalidità temporanea, mantenendo, però, lo stesso parametro di base (parametro, invero, che nel 2001, allorquando fu introdotto con la legge n. 57/2001, già risultava tale da ribassare in modo significativo la liquidazione di tale posta risarcitoria rispetto agli standard giurisprudenziali).

La seconda novità è ancora più grave: riguarda le **macrolesioni**.

Mentre la versione attuale dell'art. 138 si limita a prevedere, pur così incorrendo nel vizio della delega in bianco, che “*il danno biologico temporaneo inferiore al cento per cento è determinato in misura corrispondente alla percentuale di inabilità riconosciuta per ciascun giorno*” (art. 138, comma 2, lett. e), al contrario il DDL, con l'aggiunta di un secondo periodo, estende al “**danno non patrimoniale temporaneo**” da **macrolesioni il predetto importo di euro trentanove virgola trentasette**: “*L'importo dovuto per ogni giorno di inabilità temporanea assoluta, fermi gli aggiornamenti annuali di cui al comma 4, è pari a quello previsto dal comma 1, lettera b) dell'articolo 139*”.

Ora, avendo ben presenti i criteri milanesi (da euro 96,00 ad euro 145,00) ed essendo che nel DDL biologico “*mangia*” morale, **l'abbattimento delle liquidazioni per i danni non patrimoniali temporanei connessi alle macrolesioni è macroscopico!!!!**.

In buona sostanza per il Governo Renzi non ricorre alcuna differenza fra, da un lato, trascorrere alcuni giorni indossando un collare e, dall'altro lato, trovarsi in ospedale sospesi tra la vita e la morte: **nella mente dell'Esecutivo ospedalizzazione, sofferenze atroci, paura di morire o di rimanere invalidi valgono zero**, giacché l'importo rimane indifferente a questi “*dettagli*”.

Anche questo costituisce un regalo alle assicurazioni del tutto inaccettabile.

2.6. Il valore probatorio delle scatole nere: un mezzo di prova privilegiato indisponibile alle parti sostanziali.

Articolo 8. *(Valore probatorio delle scatole nere e di altri dispositivi elettronici)*

1. Al Codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, dopo l'articolo 145, è inserito il seguente:
«Articolo 145-bis (Valore probatorio delle scatole nere e di altri dispositivi elettronici)

1. Quando uno dei veicoli coinvolti in un incidente risulta dotato di un dispositivo elettronico che presenta le caratteristiche tecniche e funzionali stabilite a norma dell'articolo 132-ter, comma 1, lettere b) e c), nonché dell'articolo 32, commi 1-bis e 1-ter, del decreto legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27, e fatti salvi, in quanto equiparabili, i dispositivi elettronici già in uso all'entrata in vigore delle stesse disposizioni, le risultanze del dispositivo formano piena prova, nei procedimenti civili, dei fatti cui esse si riferiscono, salvo che la parte contro la quale sono state prodotte dimostri il mancato funzionamento o la manomissione del predetto dispositivo.

2. L'interoperabilità e portabilità dei meccanismi elettronici che registrano l'attività del veicolo di cui all'articolo 32, comma 1, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27, anche nei casi di sottoscrizione da parte dell'assicurato di un contratto di assicurazione con impresa assicuratrice diversa da quella che ha provveduto ad installare i meccanismi elettronici, è garantita da operatori – provider di telematica assicurativa – i cui dati identificativi sono comunicati all'I.V.A.S.S. da parte delle imprese di assicurazione che ne utilizzano i servizi. I dati sull'attività del veicolo sono gestiti in sicurezza dagli operatori del settore sulla base dello standard tecnologico comune indicato nell'articolo 32, comma 1-ter del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27, e successivamente inviati alle rispettive Compagnie di Assicurazione.

3. Le modalità per assicurare l'interoperabilità dei meccanismi elettronici, nonché delle apparecchiature di telecomunicazione ad essi connesse e dei relativi sistemi di gestione dei dati, in caso di sottoscrizione da parte dell'assicurato di un contratto di assicurazione con impresa diversa da quella che ha provveduto ad installare tale meccanismo, o di portabilità tra diversi provider di telematica assicurativa, sono determinate dal regolamento previsto dal comma 1-bis dell'articolo 32, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Gli operatori rispondono del funzionamento ai fini dell'interoperabilità.

4. Il mancato adeguamento, da parte dell'impresa di assicurazione o dell'operatore di telematica assicurativa, alle condizioni stabilite dal regolamento, comporta l'applicazione da parte dell'I.V.A.S.S. di una sanzione amministrativa pecuniaria di euro 3.000 per ogni giorno di ritardo.

5. I dati sono trattati dalla impresa di assicurazione nel rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196. L'impresa di assicurazione è titolare del trattamento dei dati ai sensi dell'articolo 28 del citato decreto legislativo n. 196 del 2003. È fatto divieto all'impresa di assicurazione, nonché ai soggetti ad essa collegate, di utilizzare i dispositivi di cui al presente articolo al fine di raccogliere dati ulteriori rispetto alla finalità di determinazione delle responsabilità in occasione dei sinistri e ai fini tariffari, o di rilevare la posizione e le condizioni del veicolo in maniera continuativa o comunque sproporzionata rispetto alla medesima finalità.

6. È fatto divieto per l'assicurato di disinstallare, manomettere o comunque rendere non funzionante il dispositivo installato. In caso di violazione da parte dell'assicurato del divieto di cui al periodo precedente la riduzione del premio di cui al presente articolo non è applicata per la durata residua del contratto. L'assicurato che abbia goduto della riduzione di premio è tenuto alla restituzione dell'importo corrispondente alla riduzione accordata, fatte salve le eventuali sanzioni penali».

Preliminarmente occorre rilevare come la gestione dei dati ricavabili dalle “scatole nere”, ivi compresa la loro estrazione, sia affidata ai provider di telematica assicurativa, cioè in definitiva dalle assicurazioni stesse, dunque da una parte che ha concreti e diretti interessi nelle controversie per sinistri stradali.

Ciò evidenziato, all'art.145-bis si introduce un'assurda previsione di carattere processualcivile secondo la quale le “risultanze” (?) della scatola nera formerebbero “piena prova” nei procedimenti civili relativamente ai fatti (non già i dati) cui si riferiscono.

Questa disposizione è innanzitutto carente, giacché non prevede le tempistiche e modalità di accesso, da parte degli assicurati, dei danneggiati e di altre parti della controversia, a detto mezzo di prova: infatti, è inibito a tali soggetti di accedere direttamente ai dati di tali dispositivi, nonostante, peraltro, questi traccino i loro spostamenti e, dunque, rechino dati personali.

Inoltre, come si evidenziava, solo le assicurazioni hanno diretto ed esclusivo controllo di tali dispositivi e, quindi, dell'estrazione dei dati dai medesimi: trattasi, dunque, di un mezzo di prova sulle cui modalità di formazione una sola parte (l'assicuratore) ha unilaterale libertà di azione; alle altre parti è inibito qualsiasi controllo, sicché pure la contestazione della correttezza dei dati risulta di fatto impedita.

Tutto ciò, quindi, produce una **significativa disparità di trattamento tra le assicurazioni e le altre parti (danneggiati in primis)** sia quanto alla possibilità di conoscere anticipatamente le

risultanze di un mezzo di prova privilegiato *ex lege*, sia in relazione alla formazione stessa di tale fonte probatoria (lo si ribadisce, affidata in via esclusiva ad una parte con concreti interessi in causa e senza che le controparti possano svolgere alcun controllo contestuale all'estrazione dei dati).

2.7. Ulteriori dilatazioni delle tempistiche per la proposizione delle azioni risarcitorie.

Articolo 9. (Ulteriori misure di contrasto delle frodi assicurative)

1. All'articolo 148 del Codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, al comma 2-bis, il quinto periodo è sostituito dai seguenti: «La medesima procedura si applica anche in presenza di altri indicatori di frode acquisiti dall'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, definiti dall'I.V.A.S.S. con apposito provvedimento, 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. 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.».

Occorre preliminarmente ricordare come la vigente formulazione dell'ultimo periodo del comma 2-bis dell'art. 148 del Codice delle assicurazioni private, così come riformato nel 2012, contempli la seguente disposizione: “*Restano salvi i diritti del danneggiato in merito alla proponibilità dell'azione di risarcimento nei termini previsti dall'articolo 145, nonché il diritto del danneggiato di ottenere l'accesso agli atti nei termini previsti dall'articolo 146, salvo il caso di presentazione di querela o denuncia*”.

Ciò posto:

- la norma di cui al DDL, nel modificare la predetta disposizione nel senso di prorogare la proponibilità dell'azione, mira a **paralizzare l'azione del danneggiato per un lasso di tempo indeterminato**, ciò in contrasto anche con le tempistiche previste dal legislatore comunitario (cfr. l'art. 22 della Direttiva 2009/103/CE);

Deve poi rimarcarsi lo **squilibrio totale**, che connota questa disposizione così come altre del Codice delle assicurazioni private, **tra assicurazioni e danneggiati**: le prime hanno un diritto di accesso privilegiato ad informazioni fondamentali per l'apprestamento delle loro difese; i secondi, invece, si trovano impossibilitati ad accedere sin dal principio a tali dati e devono dipendere dalla “*disclosure*” operata, con unilaterale scelta delle tempistiche e delle modalità, da parte delle imprese assicuratrici.

Questa impostazione:

- genera una disparità di trattamento incidente sia sull'accesso alla tutela rimediale che sullo svolgimento di un “giusto processo”;
- impedisce agli avvocati, che assistono i danneggiati, di condurre le verifiche del caso e di istruire tempestivamente i fascicoli avendo accesso diretto a tutte le informazioni necessarie per svolgere il proprio lavoro.

Ancora una volta la visione del Governo si rileva essere del tutto monodirezionale: le assicurazioni possono accedere ad ogni dato e apprestare le proprie strategie; viceversa, i danneggiati ed i loro avvocati devono stare al palo; alle prime tutto è concesso, ai secondi tutto è impedito.

Pertanto, non si comprende come tale divario tra assicurazioni e danneggiati (e gli avvocati di questi) possa agevolare il contrasto alle frodi assicurative.

Il sospetto è che in realtà si contemplino norme di questo tipo esclusivamente per favorire le assicurazioni nella **dilatazione delle tempistiche della fase stragiudiziale** ed al contempo per **ostacolare i danneggiati nel percorso, già tortuoso, verso il risarcimento dei danni**.

2.8. Danni materiali:

ulteriori ostacoli al risarcimento integrale dei pregiudizi patrimoniali.

Articolo 10. *(Trasparenza delle procedure di risarcimento)*

1. Al Codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, dopo l'articolo 149, è inserito il seguente: «**Articolo 149-bis** *(Trasparenza delle procedure di risarcimento)*

1. In caso di cessione del credito derivante dal diritto al risarcimento dei danni causati dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, la somma da corrispondersi a titolo di rimborso delle spese di riparazione dei veicoli danneggiati è versata previa presentazione della fattura emessa dall'impresa di autoriparazione abilitata ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 122 e successive modificazioni, che ha eseguito le riparazioni.

2. Nei casi di cui l'assicurato ha sottoscritto la clausola di cui all'articolo 132-ter, comma 1, lett. e), il danneggiato diverso dall'assicurato può comunque rifiutare il risarcimento in forma specifica da parte dell'impresa convenzionata con l'impresa di assicurazione, individuandone una diversa. Le somme conseguentemente dovute a titolo di risarcimento sono versate alle imprese che hanno svolto l'attività di autoriparazione, previa presentazione di fattura. In assenza di riparazione, le somme dovute a titolo di risarcimento sono versate direttamente al danneggiato diverso dall'assicurato, nei limiti dei costi di riparazione preventivati dalle imprese in convezione. Resta comunque fermo il diritto del danneggiato al risarcimento per equivalente nell'ipotesi in cui il costo della riparazione sia pari o superiore al valore di mercato del bene e, in tali casi, la somma corrisposta a titolo di risarcimento non può comunque superare il medesimo valore di mercato incrementato delle eventuali spese di demolizione e immatricolazione di altro veicolo.».

La previsione dell'art. 149-bis è, almeno apparentemente, contraddittoria:

- **al primo comma si assiste alla definitiva introduzione della possibilità di operare la cessione del credito ad un riparatore**, tale attività nella prassi è costantemente usata, anche se in alcuni grandi Fori è spesso osteggiata da pronunce giudiziali contraddittorie;
- tuttavia al comma 2, la norma non appare di facile interpretazione, invero **pur essendo prevista la facoltà per soggetti diversi dall'assicurato di non aderire alla procedura di risarcimento in forma specifica, non è sufficientemente chiaro se questa facoltà è estensibile anche all'eventuale cessionario del credito e soprattutto con quali modalità operative.**

Ciò illustrato, anche in questa norma, la quale, peraltro, reca un titolo del tutto sviante per non dire ingannevole (“*Trasparenza delle procedure di risarcimento*”), si prevedono **autentiche diminuzioni di tutela risarcitoria:**

- in assenza di riparazione il danno materiale è risarcibile “*nei limiti dei costi di riparazione preventivati dalle imprese in convezione*”; in pratica si circoscrive il risarcimento del danno materiale alle determinazioni unilaterali del debitore dell'obbligazione risarcitoria, con evidente *vulnus* del diritto di proprietà di cui all'art. 42 Cost. ed all'art. 1, Protocollo 1, della CEDU;
- se il costo della riparazione risulta pari o superiore al valore di mercato del bene, si prevede la liquidazione del “*valore di mercato incrementato delle eventuali spese di demolizione e immatricolazione di altro veicolo*”; tuttavia, che fine fa il danno da fermo tecnico (tale da poter includere anche i costi di noleggio di un veicolo sostitutivo così come i pregiudizi, economici e non, discendenti dall'impossibilità di disporre del proprio veicolo)?

Orbene, è del tutto palese come il Governo intenda legittimare le assicurazioni ad operare sistematicamente **offerte e liquidazioni al ribasso** (tali da non rappresentare in alcun modo risarcimenti integrali), il che ovviamente non ha alcuna attinenza con la “*trasparenza delle procedure di risarcimento*” così come, in radice, con le finalità perseguite dal DDL (cfr. *supra* § 2.1).

Questa disposizione, laddove approvata, non farebbe altro che incrementare il contenzioso per le “differenze”, con un drastico impatto sul sistema giustizia.

2.9. Polizza RC professionale: una normativa carente.

Articolo 12. (Ultrattività della copertura RC professionale)

1. All'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito con modificazioni in legge 14 settembre 2011, n. 148, è aggiunto infine il seguente periodo: «In ogni caso, fatta salva la libertà contrattuale delle parti, le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al periodo precedente prevedono l'offerta di un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura.».

Sino all'art. 11 il Capo I interviene con riferimento alla materia delle assicurazioni RCA e dei sinistri stradali. L'art. 12, invece, si occupa di un tema completamente diverso, quello delle polizze assicurative per la rc professionale.

Esso va ad aggiungere il predetto periodo all'art. 3, comma 5, lett. e) del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito con modificazioni in legge 14 settembre 2011, n. 148: «a tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti?».

Qual è lo scopo della nuova previsione?

Negli elementi per la relazione illustrativa si rinviene che la norma mira a stimolare «la possibilità che i contraenti possano accettare coperture che escludano la formula *claims made*».

Questo scopo lascia alquanto perplessi:

- in primo luogo vengono così definitivamente legittimate polizze «*claims made*», tra l'altro rappresentate alla stregua di modello generale cui le parti possono derogare, nonostante in realtà:
 - proprio tali polizze costituiscano una vera e propria eccezione (supportata soltanto a livello giurisprudenziale con orientamenti contrastanti) ai principi codicistici in materia di assicurazione della r.c.;
 - il legislatore non si sia ancora premurato di dettare una disciplina *ad hoc* per le polizze «*claims made*»;
- in secondo luogo si trasforma di fatto una clausola tipica delle polizze in materia (l'ultrattività decennale) in un autentico *optional* (che – non se ne dubita – a questo punto, approvata la norma, diverrà ancora più costoso).

Sta di fatto che la normativa sulle polizze rc professionale rimane del tutto insufficiente a garantire sia i destinatari dei servizi professionali che gli stessi professionisti, costantemente in balia di polizze inadeguate e assicurazioni che negano ogni copertura sulla base delle più disparate e pretestuose motivazioni.

Non basta, invero, prevedere l'obbligo ad assicurarsi; occorre, altresì, rendere effettive le garanzie offerte dalle polizze.

2.10. La franchigia sui danni non patrimoniali da lesioni di lieve entità: via il «riscontro visivo».

Articolo 13. (Interventi di coordinamento in materia assicurativa)

[...]

4. Al decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27, sono apportate le seguenti modifiche:

b) all'articolo 32, il comma 3-quater è abrogato;

[...]

Ovviamente non poteva mancare nel DDL un'ulteriore stretta sulle **chance** dei danneggiati (già ampiamente compromesse dal Governo Monti) di conseguire un risarcimento per i danni alla persona di lieve entità.

Infatti, l'art. 13 (con l'ingannevole titolo "*Interventi di coordinamento in materia assicurativa*"), comma 5, lett. b), abroga l'art. 32, comma 3-*quater*, di cui al decreto-legge 24 gennaio 2012 n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27 (tale norma, lo si ricorda, prevede quanto segue: "*Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all'articolo 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l'esistenza della lesione*").

L'accertamento strumentale, dunque, si eleva ad unico criterio selettivo, rimanendo la seguente disposizione: "*In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente*" (secondo periodo, comma 2, art. 139).

Al riguardo ci si limita ad evidenziare come l'eventuale approvazione di questa disposizione del DDL non farebbe altro che aggravare l'illegittimità costituzionale della norma introdotta dal Governo Monti (sull'incostituzionalità del secondo periodo, comma 2, dell'art. 139).

Roma, 8 giugno 2015