





LOGO AIDA CON CANNOCCHIALE





associazione internazionale di diritto delle assicurazioni

## **XLI Congresso della Sezione Piemonte - Valle d'Aosta**

in collaborazione con IRSA  
Istituto per la Ricerca e lo Sviluppo delle Assicurazioni

### **IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE: NUOVE REGOLE**



## INDICE

### **Relazioni:**

- Prof. Avv. Oreste Cagnasso 11
- Prof. Avv. Giovanna Volpe Putzolu 19
- Prof. Avv. Maurizio Irrera 23
- M. Jean-Marc Houisse 33

### **Interventi:**

- Prof. Avv. Aldo Frignani 55

**Elenco partecipanti** 73



# RELAZIONI



## LE NORME RELATIVE AI CONTRATTI DI ASSICURAZIONE

**Prof. Avv. Oreste Cagnasso**  
Ordinario di Diritto Commerciale  
Università degli Studi di Torino



## **1. Il codice delle assicurazioni.**

Come è noto, il codice delle assicurazioni contiene, al titolo dodicesimo, "norme relative ai contratti di assicurazione". A sua volta il titolo si articola in un capo dedicato alle disposizioni generali e in alcuni capi concernenti singoli sottotipi (assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, assicurazione di tutela legale e di assistenza, assicurazione sulla vita, capitalizzazione). Il titolo si chiude con un capo relativo alla legge applicabile.

Le disposizioni generali contengono l'art. 165, che prevede il "raccordo" con le norme del codice civile, e l'art. 166, che fissa i criteri di redazione dei contratti di assicurazione.

Gli artt. 167, 168 e 169 disciplinano, rispettivamente, la nullità dei contratti conclusi con imprese non autorizzate; gli effetti del trasferimento di portafoglio, della fusione e della scissione; gli effetti della liquidazione coatta di imprese di assicurazioni.

La legge delega, sul cui fondamento è stato emanato il d. lgs. n. 209 del 2005, si riferiva alla sola disciplina dell'impresa di assicurazioni. In una prima stesura del codice delle assicurazioni, per contro, era stata prevista la regolamentazione sia dell'impresa, sia del contratto di assicurazione. Tale impostazione è stata giustamente oggetto di critica sotto il profilo dell'eccesso di delega ed anche sotto quello dell'opportunità. Ma forse la previsione di un codice unitario, che trattasse insieme dei contratti e dell'impresa, sarebbe stata una soluzione sistematicamente coerente.

Come appare evidente da quanto richiamato in apertura, il codice, nella sua articolazione, risente dell'impostazione originaria, anche se oggi le norme relative al contratto di assicurazione risultano molto ridotte e soprattutto concernenti specifici sottotipi.

## 2. Codice civile, codice delle assicurazioni, codice del consumo.

Si pone quindi il problema di verificare il rapporto tra le regole comuni relative al contratto di assicurazione contenute nel codice civile e quelle inserite nel codice delle assicurazioni.

Si tratta, come si è già osservato, prevalentemente di norme concernenti specifici sottotipi contrattuali, che si aggiungono o spesso derogano alle norme comuni. E' pertanto evidente come le stesse, avendo carattere speciale, prevalgano rispetto a quelle previste nel codice civile. Sotto questo profilo la disposizione contenuta nell'art. 165 del codice delle assicurazioni appare pleonastica: infatti quest'ultima stabilisce che, fermo restando quanto diversamente disposto dal presente codice, i contratti di assicurazione, coassicurazione e riassicurazione rimangono disciplinati dalle norme del codice civile.

Occorre aggiungere che, per contro, la disciplina del codice del consumo presenta un carattere di specialità rispetto a quella contenuta nel codice delle assicurazioni. Infatti essa vale solo nel caso in cui l'assicurato o il contraente siano qualificabili come consumatori e quindi persone fisiche che stipulano il contratto non nell'esercizio di attività imprenditoriale o professionale. Pertanto la disciplina contenuta nel codice del consumo si aggiunge o, in caso di difformità, prevale su quella del codice delle assicurazioni.

Sotto il profilo formale, in conclusione, il codice delle assicurazioni contiene alcune norme applicabili a tutti i contratti ed altre relative a singoli sottotipi che assumono carattere di specialità rispetto alla disciplina comune contenuta nel codice civile e quindi si aggiungono o derogano alle regole contenute in quest'ultimo. Mentre la disciplina generale del contratto di assicurazione contenuta nel codice civile è caratterizzata, nella logica del contratto tipicamente di impresa, da una particolare attenzione alle esigenze di quest'ultima, le regole contenute nel codice delle assicurazioni sono chiaramente poste a tutela della parte, considerata debole, e quindi del contraente o dell'assicurato. Si tratta di norme di protezione di una parte in quanto tale, indipendentemente da ulteriori qualificazioni.

Per contro il codice del consumo, in una prospettiva che abbraccia tutti i contratti, introduce strumenti di tutela a favore di una parte che assuma determinati connotati dal punto di vista sociologico: infatti il consumatore è tale in quanto si tratti di una persona fisica che stipula il contratto non nell'esercizio di attività imprenditoriale o professionale.

Tuttavia, se questo è il dato formale che individua i rapporti tra i tre codici in esame, mi pare che ci si possa domandare se l'innesto sul tessuto normativo contenuto nel codice civile di regole generali o settoriali, costruite in base ad una logica e ad una *ratio* profondamente diversa dalle prime, non abbia una portata di maggior incisività e non possa condurre l'interprete ad una "rilettura" delle stesse norme codicistiche nella prospettiva indicata dal codice delle assicurazioni. Le stesse disposizioni di carattere settoriale, pur specifiche e quindi applicabili in un'area più circoscritta rispetto a quella del contratto di assicurazione, potrebbero forse avere una portata o fornire elementi di giudizio ed interpretativi di valenza più generale.

Mi sembra, ancora, che forse, sotto alcuni aspetti, potrebbe verificarsi una sorte di "osmosi" tra alcune regole del codice delle assicurazioni ed altre del codice del consumo, data le finalità protettive perseguite dall'uno e dall'altro.

### **3. I criteri di redazione.**

Particolare rilievo assume la norma, di carattere generale, contenuta nell'art. 166 del codice delle assicurazioni e relativa ai criteri di redazione.

Ai sensi del primo comma, il contratto e ogni altro documento consegnato dall'impresa al contraente va redatto in modo chiaro ed esauriente.

Le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente o dell'assicurato - così dispone il comma successivo - sono riportate mediante caratteri di particolare evidenza.

L'interprete deve individuare il rapporto di tale norma con le regole comuni in tema di contratto di assicurazioni e quelle relative ai contratti del consumatore.

Si tratta di una regola di portata generale, che si applica al contratto di assicurazione ed inoltre ad "ogni altro documento consegnato dall'impresa al contraente": quindi concerne il contenuto del contratto in senso stretto, le condizioni generali di polizza, il formulario, la nota informativa, il prospetto informativo (con riferimento all'assicurazione sulla vita e dalla capitalizzazione) le quietanze. In una prospettiva ancora più ampia la norma è stata riferita all'intera attività precontrattuale posta in essere dall'assicuratore o dall'intermediario.

I contratti e documenti in questione debbono essere redatti secondo i criteri della chiarezza e della esaustività: si tratta di parametri che fanno riferimento non a canoni di comportamento individuati nel loro contenuto, ma a canoni di comportamento individuati nell'ottica del risultato da raggiungere, che è quello di offrire un testo trasparente e completo nel descrivere le prestazioni dovute dalle parti.

Sotto il profilo della struttura i criteri ora richiamati possono essere avvicinati, sia pure in un contesto molto differente, ai principi di chiarezza e di rappresentazione veritiera e corretta nella redazione del bilancio di esercizio: anche questi non indicano regole comportamentali individuate nel loro contenuto, ma fissano obiettivi che debbono essere perseguiti dai redattori del bilancio.

Le regole in questione sono chiaramente poste a tutela del contraente o dell'assicurato, qualunque sia la loro qualificazione, considerati quali contraenti deboli rispetto alla comprensione di un contratto dal contenuto caratterizzato da un alto grado di tecnicismo e di complessità.

A sua volta il codice del consumo, a tutela di chi sia qualificabile come consumatore, fissa i criteri della chiarezza e della comprensibilità con riferimento alle sole clausole proposte per iscritto.

Anche se la norma contenuta nell'art. 35 del codice del consumo appare di portata per un verso più ristretta e per altro differente (infatti si riferisce alle sole clausole contrattuali e prevede il criterio della comprensibilità in luogo di quello dell'esaustività) mi pare difficile escludere che l'una norma non possa fornire elementi interpretativi per la lettura dell'altra: in particolare mi sembra che anche eventuali ulteriori documenti consegnati dall'imprenditore al consumatore debbano essere redatti secondo i criteri indicati. Così mi pare difficile creare un "solco" tra l'esaustività e la comprensibilità:

difficilmente, mi sembra, un testo può dirsi chiaro ed esaustivo se non anche comprensibile ed un testo comprensibile dovrebbe anche avere carattere di esaustività.

L'art. 35 del codice di consumo prevede che nel dubbio il testo contrattuale debba essere interpretato nel modo più favorevole al consumatore. Tale regola invero trova una precisa giustificazione nei rapporti tra imprenditore e consumatore, ma potrebbe forse anche venire in considerazione con riferimento al contratto di assicurazione, tenuto conto che si tratta di un testo predisposto dall'assicuratore.

#### **4. Il requisito grafico delle clausole.**

Come si è ricordato, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente o dell'assicurato sono riportate mediante caratteri di particolare evidenza.

Si tratta di una norma di carattere generale, ancora una volta posta a tutela del contraente o dell'assicurato.

Essa si riferisce a tutte le clausole, anche non qualificabili come condizioni generali e anche non contenute nel contratto di assicurazione, ed abbraccia le ipotesi di nullità e gli oneri previsti da norme di legge.

Questa regola, che si riferisce ad un requisito grafico del testo contrattuale, prevedendo di riportarlo mediante caratteri di particolare evidenza, presuppone ovviamente che il contratto sia redatto per iscritto e quindi in qualche misura "supera" la regola contenuta nell'art. 1888 c.c., per cui il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

Sia con riferimento ai criteri di redazione, sia in relazione al requisito grafico ora richiamato il legislatore non prevede, in caso di violazione, quale sia la sanzione applicabile.

L'interprete deve affrontare il non facile compito di individuarla, cercando di accostare la violazione delle regole in esame ad una delle varie fattispecie prese in considerazione dal legislatore. Se ci si muove nell'ottica della disciplina generale dei contratti, si potrebbe richiamare la fattispecie della responsabilità precontrattuale, oppure, forse in modo più appropriato, quella dell'errore. Se ci si colloca nell'ottica della disciplina comune del contratto di assicurazione, potrebbero venire in considerazione le norme in tema di dichiarazioni inesatte o reticenti. Muovendo dalla prospettiva del codice di consumo, verrebbe in considerazione la sanzione della nullità delle clausole vessatorie.

Indipendentemente dalla soluzione che si intende accogliere, ciò che mi pare opportuno sottolineare è lo stretto intreccio che si crea tra codice civile, codice delle assicurazioni e codice del consumo. Non si tratta, come già cercavo di sottolineare, semplicemente di regole collocate su piani diversi, che in alcuni casi si aggiungono o si sostituiscono. Si tratta invece di ricondurre ad unità un sistema che contiene vari tasselli, che in alcuni casi si pongono in prospettive diverse, ma che spesso, come con riferimento al problema in esame, debbano integrarsi tra loro.

## 5. Le regole di settore.

Come si è già osservato, le norme relative ai contratti di assicurazione contenute nel codice delle assicurazioni disciplinano alcuni "sottotipi", prevedendo regole derogatorie rispetto a quelle di diritto comune inserite nel codice civile.

Così, nell'ambito della disciplina dell'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motori e dei natanti, l'art. 171 prevede che il trasferimento di proprietà del veicolo o del natante determini, a scelta dell'alienante, o la risoluzione del contratto o la cessione del medesimo all'acquirente o la sua sostituzione per l'assicurazione di altro veicolo o natante. Nel primo caso l'alienante ha diritto al rimborso del rateo di premio relativo al residuo periodo di assicurazione.

Si tratta di norme che derogano "vistosamente" al principio per cui il contratto di assicurazione non si scioglie in caso di alienazione del bene assicurato (art. 1918 c.c.) ed a quello della indivisibilità del premio.

Nell'ambito, ancora, della disciplina dell'assicurazione obbligatoria il legislatore prevede il diritto di recesso a favore del contraente in caso di variazioni tariffarie, nonché quello di disdettare il contratto con comunicazione inviata almeno quindici giorni prima della scadenza del contratto. Si tratta di regole contenute nell'art. 172, che si chiude con la previsione che le stesse sono derogabili esclusivamente in senso più favorevole al contraente.

Come appare evidente, le norme in questione hanno funzione di protezione di una delle parti e il legislatore prevede, nell'interesse della stessa, la loro inderogabilità.

Ancora, l'art. 176, relativo all'assicurazione sulla vita, dispone la revocabilità della proposta, in contrasto con il principio dell'irrevocabilità della medesima previsto in linea generale dal codice civile. A sua volta l'art. 137 introduce il diritto di recesso a favore del contraente, da esercitarsi entro trenta giorni dalla conclusione del contratto.

Pure a questo proposito si tratta di uno strumento di tutela ispirato alle regole ampiamente applicate all'interno della disciplina dei contratti dei consumatori.

Come si può constatare anche solo da questi rapidi richiami, le regole esaminate, tutte costruite nella logica di tutela, e tutte derogatorie rispetto alle norme comuni, trovano applicazione e giustificazione con riferimento a certi settori, in particolare a quelli caratterizzati dall'obbligatorietà della stipulazione o da connotati finanziari.

Tuttavia la previsione di deroghe a principi comuni e consolidati, inserite in contratti di diffusa applicazione sotto il profilo operativo, non può, a mio avviso, non incidere in qualche misura anche sulle regole comuni.

In primo luogo, sotto il profilo statistico, come accade anche nel rapporto regola generale del contratto – regola derogatoria propria di singoli tipi contrattuali, la regola comune potrebbe trovare applicazione in un minor numero di casi rispetto a quello speciale.

Inoltre quest'ultima potrebbe venire in considerazione in un'area più ampia, se non attraverso un'interpretazione analogica (che risulta preclusa, data la specialità della norma), almeno nell'ottica di un'interpretazione estensiva.

Infine le regole speciali potrebbero costituire elementi di giudizio ai fini dell'interpretazione delle norme comuni o quanto meno di qualche profilo di esse. Ad esempio, il principio dell'indivisibilità del premio potrebbe essere collocato in una prospettiva parzialmente diversa.

E' poi ovvio che, in un'ottica *de iure condendo*, le norme speciali, come spesso accade, vengono ad assumere un ruolo trainante che modifica l'impianto comune. Ad esempio, si è prospettata l'opportunità di un'estensione della regola relativa alla revocabilità della proposta dal settore dell'assicurazione sulla vita a quello delle assicurazioni contro i danni.

## **6. Le regole di comportamento.**

L'art. 183, inserito nel titolo tredicesimo del codice delle assicurazioni concernente la trasparenza delle operazioni e la protezione dell'assicurato, detta regole di comportamento nell'offerta e nell'esecuzione dei contratti, che debbono essere rispettate dalle imprese e dagli intermediari: si tratta di disposizioni di portata generale concernenti la diligenza, la correttezza e la trasparenza, le informazioni, i conflitti di interessi, la gestione. La stessa norma demanda alla legislazione secondaria, attraverso regolamenti adottati dall'ISVAP, l'individuazione di specifiche disposizioni e delle differenti esigenze di protezione dei contraenti e degli assicurati.

Se la disciplina contenuta nel codice civile si fonda in larga misura sulle "asimmetrie informative" tra assicuratori, da un lato, e assicurati e contraenti, dall'altro, relative all'individuazione del rischio, ponendo regole a tutela dei primi, il codice delle assicurazioni prende in considerazione le "asimmetrie informative" degli assicurati e contraenti rispetto agli assicuratori ed agli intermediari, fornendo strumenti di tutela a favore dei primi.

Si tratta di regole di comportamento di portata generale, che incidono non solo sull'attività precontrattuale, sulla redazione e stipulazione del contratto e sulla sua esecuzione, ma che risultano rilevanti nella stessa ricostruzione delle regole contenute nel codice civile.

Infatti i canoni della diligenza e della correttezza hanno la funzione di integrare il contenuto del contratto e gli obblighi da esso derivanti. Così gli obblighi, a carico delle imprese e degli intermediari, relativi alle informazioni sia da acquisire, sia da fornire, comportano una maggiore complessità degli stessi effetti collegati alla stipulazione del contratto. La presenza di tali norme pone poi il problema, analogo a quello derivante dalla disciplina dei contratti nel settore finanziario, delle sanzioni applicabili, potendosi ricostruire le stesse sia in chiave di nullità, sia in chiave risarcitoria.

Se il legislatore delegante non ha ritenuto di attribuire a quello delegato il compito di redigere un codice che disciplinasse in modo unitario contratto ed impresa di assicurazioni, le regole generali e quelle settoriali contenute nel codice delle assicurazioni, nonché quelle relative al comportamento da tenere da parte delle imprese e degli intermediari, non possono che imporre all'interprete, in qualche misura, una rilettura delle stesse norme del codice civile.

## I PRODOTTI ASSICURATIVI E LE REGOLE DELLA DISTRIBUZIONE

**Prof. Avv. Giovanna Volpe Putzolu**  
Ordinario di Diritto delle Assicurazioni  
Università La Sapienza - Roma



Prodotti assicurativi e contratto di assicurazione. I contratti di assicurazione costituiscono la principale categoria di prodotti assicurativi, ma non tutti i prodotti assicurativi sono contratti di assicurazione. L'elemento unificante è dato dalla natura delle gestioni comuni a tutte le operazioni comprese nei rami assicurativi.

E' la natura della gestione che ha indotto la CE a dettare una normativa separata per l'attività assicurativa (produzione, trasparenza, distribuzione), comprendendovi tutte le operazioni che, nelle legislazioni nazionali, dovevano o potevano essere esercitate dalle imprese di assicurazione.

La disciplina italiana della emissione e della distribuzione dei prodotti assicurativi finanziari e dei prodotti assicurativi "pensionistici". Le motivazioni della "segmentazione della disciplina e delle competenze" e la compatibilità con la disciplina comunitaria.

La disciplina della intermediazione assicurativa. Codice delle assicurazioni e regolamento Isvap.

Il problema del coordinamento delle norme legislative e regolamentari sulla intermediazione assicurativa e delle norme speciali sulla intermediazione dei prodotti assicurativi finanziari. Il regolamento Consob.

Prodotti "pensionistici". Poteri dell'Isvap e poteri della Covip.



**IL RISARCIMENTO DIRETTO DEI DANNI  
NELL'ASSICURAZIONE DELLA R.C. AUTO**

**Prof. Avv. Maurizio Irrera**  
Docente di Diritto Commerciale  
Università degli Studi di Torino



## 1. Uno sguardo d'insieme sulle aspettative della riforma.

*“Con l'introduzione per legge del risarcimento diretto, ci troviamo faccia a faccia con un grande cambiamento nel mondo delle assicurazioni auto. In caso di incidente tra due veicoli, se pensi di avere ragione, anche solo in parte, devi richiedere il rimborso alla tua compagnia anziché a quella del veicolo che ti ha danneggiato. E' la tua assicurazione, infatti, che risarcisce i danni. Inoltre, compilando il Modulo Blu, tutto diventa più facile. Se siete d'accordo su come è avvenuto l'incidente, firmatolo insieme: il risarcimento è più veloce. Il tuo assicuratore ti può dare l'assistenza necessaria e dirti cosa fare, guidandoti in una procedura che da oggi è più semplice che mai”:* così, in questi ultimi mesi, l'Ania (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici) presenta al grande pubblico, sui principali magazines, i benefici (presunti) del risarcimento diretto.

L'introduzione nel Codice delle Assicurazioni (negli artt. 149 e 150) del sistema di risarcimento diretto è stata accompagnata da entusiastici squilli di tromba ovvero da aspettative di ogni genere.

Il pensiero corre, ad esempio, al maggior stimolo concorrenziale tra le imprese di assicurazione che da oggi sono chiamate a misurarsi non solo sul prezzo della polizza, ma anche sulla capacità di offrire un buon ed efficiente servizio, quello di liquidazione dei danni.

Si pensi, poi, alla possibilità di meglio controllare i costi di gestione della fase liquidativa attraverso la previsione contrattuale, e quindi vincolante per l'assicurato (che – a sua volta – beneficia di uno “sconto” sul premio), di un risarcimento in forma specifica e non per equivalente; ovvero – in termini prosaici – l'impresa di assicurazione paga direttamente la riparazione del veicolo e non stacca un assegno a favore del danneggiato che poi provvede per suo conto alla riparazione.

O, ancora, una sorta di moralizzazione del settore, attraverso la creazione di un rapporto stabile tra l'assicurato e la propria compagnia: rapporto fiduciario in grado di evitare atteggiamenti speculativi sia del danneggiato, sia della stessa impresa di assicurazione.

Ed, infine, una riduzione dei premi delle polizze quale conseguenza di un sistema liquidativo più celere ed onesto, che – tra l'altro – prevede l'esclusione – in caso di offerta di risarcimento accettata dal danneggiato – di ogni compenso per l'assistenza o la consulenza legale.

Troppo bello per essere vero!

Lo stesso legislatore tradisce il suo grande entusiasmo nell'art. 14 del Regolamento (d.p.r. 18 luglio 2006, n. 254), intitolato "*Benefici derivanti agli assicurati*", che, nel suo primo comma, così recita: "*Il sistema del risarcimento diretto dovrà consentire effettivi benefici per gli assicurati, attraverso l'ottimizzazione della gestione, il controllo dei costi e l'innovazione dei contratti (...)*". E' piuttosto singolare, per non dire unica nel suo genere, una disposizione di carattere regolamentare che ha il sapore di una dichiarazione programmatica o meglio "speranzosa" che – con tutta probabilità – mi si perdoni l'ardire – avrebbe trovato una miglior sede in un carta costituzionale o perlomeno in una legge ordinaria e non, invece, in un regolamento da cui – tradizionalmente - ci si attende, appunto, indicazioni operative.

Uno dei compiti tradizionale degli interpreti è quello di individuare quale sia la *ratio legis*; non è raro che talora ci si accapigli intorno alle diverse prospettive suggerite; nel nostro caso il legislatore non lascia spazio ad alcun dubbio: l'intento è di assicurare "*effettivi benefici per gli assicurati*". Da ciò dovrebbe conseguire che qualora il sistema di risarcimento diretto non dovesse condurre a quegli effettivi benefici, non per tutti gli attori, ma per gli assicurati occorrerà intervenire tempestivamente.

Ma prima di esprimere qualche cauta valutazione sul sistema nel suo complesso, trascorsi nove mesi dal suo esordio, appare opportuna un disamina dei profili più controversi, non prima – peraltro – di aver riassunto brevemente gli elementi salenti della nuova procedura di risarcimento.

## **2. La nuova disciplina, in sintesi.**

Parafrasando il linguaggio adottato – sul proprio sito web - dall'Isvap per divulgare al pubblico la nuova procedura si può dire dal 1° febbraio 2007 chi abbia subito un incidente con un altro veicolo che abbia causato danni alle cose trasportate, al veicolo e/o lesioni non gravi alla persona e ritiene di non essere responsabile o di esserlo solo in parte (che il nuovo sistema si applichi anche ai sinistri causati da un concorso di colpe è confermato dall'art. 5, 1<sup>a</sup> comma del Regolamento), deve rivolgersi direttamente al proprio assicuratore che è tenuto a risarcire il danno.

La nuova procedura si applica quando l'incidente ha coinvolto soltanto due veicoli, entrambi identificati, regolarmente assicurati ed immatricolati in Italia. Se oltre alle cose trasportate ed al veicolo il conducente ha riportato danni fisici, deve trattarsi di lesioni non gravi cioè di danni alla persona con invalidità permanente non superiore al 9% (inteso quale danno biologico). La procedura di risarcimento si applica anche ai trasportati, che hanno subito lesioni anche gravi (cioè danni alla persona con invalidità permanente superiore al 9%).

L'assicuratore è obbligato a formulare offerta di risarcimento entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta per i danni alle cose o al veicolo ed entro 90 giorni per i danni alla persona; il termine di 60 giorni si riduce a 30 se i due conducenti hanno sottoscritto congiuntamente il modo di constatazione amichevole.

L'assicuratore è obbligato a fornire al danneggiato tutta l'assistenza necessaria sia per la predisposizione della richiesta di risarcimento, sia ai fini della quantificazione dei danni alle cose ed al veicolo. Se la richiesta è incompleta di qualche elemento

essenziale, l'assicuratore è, inoltre, tenuto a di informare il danneggiato richiedendogli di integrare la richiesta stessa.

Qualora il danneggiato dichiara di accettare la somma che gli viene offerta, l'assicuratore deve effettuare il pagamento entro 15 giorni; sugli importi corrisposti dall'assicuratore non sono dovuti compensi per la consulenza o assistenza legale di cui sia avvalso il danneggiato, salvo per le per l'eventuale consulenza medico-legale per i danni alla persona.

Al fine di agevolare l'accertamento della responsabilità dei sinistri il Regolamento ha predisposto un'analitica casistica con tanto di relativi disegni, riassunta in uno specifico allegato.

Per la regolazione contabile tra le imprese di assicurazioni dei loro rapporti economici è stata adottata una specifica convenzione (denominata Card), in base alla quale è stata creata una stanza di compensazione dei risarcimenti effettuati.

### **3. Un inventario, per difetto, dei profili controversi.**

3.1. - Il perno del sistema è rappresentato – come si è detto - dallo spostamento *ex lege* dell'obbligo risarcitorio, dall'assicuratore del responsabile civile al assicuratore del danneggiato, sancito dall'art. 149, 1<sup>^</sup> e 3<sup>^</sup> comma, del Codice. Si tratta di un espediente mutuato da altri ordinamenti, dalla Francia, in particolare, dove il sistema è stato introdotto con successo già nel lontano 1968.

Con la procedura in esame si dà luogo, dunque, ad una forma di successione nel debito che assume i caratteri dell'accollo e consiste nell'assegnazione al creditore di un diverso debitore.

Come si è già osservato, la previsione dell'obbligo del risarcimento a carico dell'assicuratore del danneggiato potrà indurre gli assicurati a scegliere a quale compagnia affidarsi anche in base alla loro efficienza nella definizione dei sinistri; per evitare che talune imprese di assicurazione possano essere tentate di gestire il sistema di liquidazione con superficialità e prodigalità, nella consapevolezza di recuperare dalle compagnie del responsabile civile quanto anticipato, la Convenzione Card ha previsto un sistema di compensazioni determinate forfetariamente *ex lege* sulla base del costo medio dei sinistri rilevati nell'ultimo periodo, analogamente al sistema francese.

Già la nota Convenzione Cid (Convenzione Indennizzo Diretto), stipulata nel 1978, prevedeva che - dinanzi al modulo di constatazione del sinistro sottoscritto da entrambi i conducenti - il risarcimento potesse essere corrisposto dalla compagnia assicurativa del danneggiato, ma si trattava di un reciproco mandato tra compagnie, che – oltre all'accordo delle medesime – necessitava del consenso del danneggiante e del danneggiato, mentre oggi quest'ultimo è obbligato a rivolgersi al proprio assicuratore.

3.2. - Un profilo piuttosto controverso riguarda i danni conseguenti a lesioni fisiche, risarcibili nell'ambito del nuovo sistema se – come si è visto - conducono ad un'invalidità permanente non superiore al 9% (lo prevede l'art. 149, 2<sup>^</sup> comma, del Codice); giacché, con tutta evidenza, può non essere semplice prevedere, al momento del sinistro, il grado di invalidità permanente, come dovrà comportarsi il conducente? Dovrà agire nei

confronti del proprio assicuratore? E se poi – a distanza di mesi - si accerti un danno fisico in misura superiore? Dovrà necessariamente ricominciare daccapo con l'assicuratore del responsabile civile. E se decide – invece - di promuovere azione fin da subito contro quest'ultimo e si giunge ad accertare, poi, che il grado di invalidità permanente è inferiore al 10%? Dovrà ritornare dal proprio assicuratore, dal quale aveva probabilmente già ottenuto la liquidazione dei danni al veicolo, sottoscrivendo una quietanza liberatoria. Prudenza impone che il danneggiato giustamente dubbioso in ordine alle conseguenze derivanti dalle lesioni fisiche subite formuli richiesta di risarcimento nei confronti di entrambe le compagnie, potendosi – peraltro - avvalere soltanto “a proprio rischio” (quanto al rimborso dei costi) della consulenza di un avvocato, giacché – qualora l'invalidità permanente si collochi entro il 9% - non sono dovuti dall'assicuratore, lo si è già posto in risalto, compensi per l'assistenza legale (cfr. art. 9, 2<sup>a</sup> comma, del Regolamento).

Il tema non è di poco conto se si considera – come si vedrà - che il legislatore ha previsto che in caso di mancato risarcimento il danneggiato abbia azione (ovviamente per i casi rientranti nel sistema) soltanto nei confronti della propria compagnia: cosa accade se in sede giudiziale si accerta un'invalidità permanente superiore al 9%? O al contrario se il danneggiato evoca in giudizio l'assicuratore del responsabile civile è la percentuale di invalidità è inferiore al 10%?

3.3. – In tema di procedura per la liquidazione del danno, il legislatore – per evitare atteggiamenti ostruzionistici da parte delle compagnie – prevede (nell'art. 149, 5<sup>a</sup> comma, del Codice) che le stesse siano comunque obbligate a corrispondere al danneggiato la somma offerta, anche qualora questi non abbia comunicato di accettare l'offerta o non abbia risposto, fissando per tale incumbente lo stesso termine (15 giorni) previsto per la corresponsione delle somme dovute a seguito dell'accettazione dell'offerta da parte del danneggiato; tale circostanza induce a ritenere – paradossalmente – che, considerato il tempo necessario per comunicare alla compagnia l'accettazione della proposta e la sottoscrizione della quietanza liberatoria, che il danneggiato “silente” ha la possibilità di ottenere il pagamento in tempi certamente più rapidi rispetto al danneggiato diligente, che risponde, positivamente o negativamente, all'offerta dell'assicuratore.

3.4. – Come si è anticipato, il legislatore (nell'art. 149, 6<sup>a</sup> comma, del Codice) prevede che in caso di mancata definizione in sede stragiudiziale del sinistro, il danneggiato abbia azione solo nei confronti della propria impresa di assicurazione, diversamente – in questo caso – dal sistema francese. Salvo il profilo già esaminato in ordine alla possibile incertezza circa il grado di invalidità conseguente alle lesioni fisiche, sembrerebbe esclusa la possibilità di evocare in giudizio non solo la compagnia del responsabile civile, ma anche lo stesso responsabile civile, con evidenti dubbi sul piano della legittimità costituzionale. Almeno di non ritenere che con l'avverbio “solo” si sia inteso unicamente escludere l'azione nei confronti dell'assicuratore del responsabile civile.

Non brilla certo per chiarezza, poi, la previsione (sempre nell'art. 149, 6<sup>a</sup> comma, del Codice) dell'intervento volontario dell'assicuratore del responsabile civile nel giudizio promosso dal danneggiato contro il proprio assicuratore (con conseguente estromissione di quest'ultimo), considerato che il presupposto parrebbe essere soltanto il contestuale riconoscimento della responsabilità del proprio assicurato. Se così è e se quindi non è possibile sollevare eccezioni in ordine alla responsabilità quale interesse concreto ha la compagnia del responsabile civile ad intervenire?

3.5. – La definizione di “sinistro” contenuta nell'art. 1, 1<sup>a</sup> comma, lett. d), del Regolamento solleva qualche perplessità, là dove si precisa che esso presuppone la collisione tra due veicoli; in base a tale definizione rimarrebbero estranee alla procedura di risarcimento diretto le fattispecie – non rare – di mancata collisione tra veicoli, dalla quale peraltro derivi un evento dannoso (si pensi al caso della turbativa alla circolazione seguita da un'uscita di strada), e ciò nonostante gli interpreti, in passato, non abbiano mai dubitato della riconducibilità del caso alla nozione di sinistro.

3.6. L'art. 3, 1<sup>a</sup> comma, del Regolamento circoscrive l'applicazione del nuovo sistema di risarcimento diretto alle sole ipotesi di danni al veicolo ed alle lesioni lievi, in palese contrasto con quanto stabilito dall'articolo 149, 2<sup>a</sup> comma, del Codice, dove viceversa si prevede l'applicabilità del risarcimento diretto anche in caso di danni alle cose trasportate di proprietà dell'assicurato o del conducente. Considerato la gerarchia delle fonti, occorre ritenere, ovviamente, che prevalga il dettato legislativo; inoltre, si consideri che l'art. 8, 2<sup>a</sup> comma, del Regolamento parla di danni ai veicoli o alle cose e, quindi, facendo rientrare dalla finestra quello che avrebbe inteso far uscire dalla porta con l'art. 3, 1<sup>a</sup> comma, del Regolamento.

3.7. L'art. 11 del Regolamento disciplina gli obblighi dell'impresa di assicurazione qualora il sinistro non rientri nel sistema del risarcimento, prevedendo un duplice obbligo: di comunicazione della circostanza all'assicurato e di trasmissione della richiesta di risarcimento all'assicuratore del danneggiante. Non è prevista, peraltro, la comunicazione al danneggiato della data in cui la compagnia del danneggiante ha ricevuto la comunicazione e ciò rende estremamente difficile per questi il conteggio dei termini previsti dagli artt. 145 e 148 del Codice, trascorsi i quali è possibile il ricorso all'autorità giudiziaria.

3.8. I criteri di determinazione del grado di responsabilità delle parti, contenuto – come si è detto – nell'allegato a) del Regolamento, ha l'obiettivo di facilitare il compito dell'assicuratore nell'individuare – secondo, appunto, schemi predefiniti – la ragione o il grado di corresponsabilità del proprio assicurato, ma è diretto ad avere efficacia soprattutto nei rapporti interni tra compagnie, in quanto non è legittimo che un regolamento possa sostituirsi all'accordo delle parti o alle cure del giudice nell'accertamento della responsabilità civile.

3.9. Un ultimo rilievo è rappresentato dal contenuto nell'art. 13, 7<sup>a</sup> comma, del Regolamento in cui si prevede che il costo relativo al funzionamento della stipulanda convenzione (poi, denominata Card) è posto a carico delle imprese che aderiscono al sistema del risarcimento diretto, lasciando ciò intendere che il sistema stesso, obbligatorio per gli assicurati, sarebbe – viceversa – facoltativo per le imprese di assicurazione le quali potrebbero decidere se aderirvi o no.

#### **4. L'assistenza tecnica ed informativa ai danneggiati.**

L'art. 9 del Regolamento contiene una delle previsioni più importanti e delicate dell'intero sistema del risarcimento diretto. E' previsto l'obbligo per l'impresa di assicurazioni di prestare al proprio assicurato, ossia al danneggiato, *“ogni assistenza informativa e tecnica utile per consentire la migliore prestazione del servizio e la piena realizzazione del diritto al risarcimento del danno”*; si precisa, poi, che tale obbligo, da un lato, è da collocarsi nell'ambito dell'adempimento dei generali obblighi contrattuali di

correttezza e buona fede e, dall'altro, riguarda anche "il supporto tecnico nella compilazione della richiesta di risarcimento e ciò ai fini della quantificazione dei danni alle cose e ai veicoli, il suo controllo e l'eventuale integrazione, l'illustrazione e la precisazione dei criteri di responsabilità di cui all'allegato a)" del Regolamento, di cui si è già detto.

L'intento della norma è ovviamente condivisibile: si vuole inaugurare una nuova stagione nei rapporti tra assicuratore ed assicurato fatto di trasparenza e collaborazione. Qualche perplessità riguarda il *modus* con il quale ci si è mossi; ci si domanda, per esempio, se – in realtà – gli obblighi che il Regolamento pone a carico della compagnia, nell'ambito (pur sempre) di un contratto di assicurazione di responsabilità civile, non si sovrappongono all'area di un diverso ramo assicurativo ovvero il contratto di assicurazione della tutela legale, in base al quale – ai sensi dell'art. 177 del Codice – le prestazioni fornite all'assicurato sono indirizzate – tra l'altro – proprio "allo scopo di conseguire il risarcimento dei danni subiti". Il conflitto è piuttosto evidente considerando che i diversi rami debbono ovviamente restare separati.

Vi è, poi, da osservare che l'assistenza tecnica ed informativa ai danneggiati finisce per gravare, piuttosto che sull'impresa d'assicurazione, sugli intermediari assicurativi (agenti e broker).

Questa nuova funzione "paraconsulenziale" dell'assicuratore pone certamente problemi operativi non di poco conto alle cosiddette compagnie dirette, che collocano cioè a distanza i propri prodotti assicurativi per via telefonica o telematica: si tratta - infatti - di imprese che non hanno una capillare rete distributiva sull'intero territorio nazionale; sembra – in altri termini – che la previsione dell'art. 9 del Regolamento sia ritagliata su misura sul mercato assicurativo tradizionale del ramo r.c. auto. L'unico modo per le compagnie dirette di soddisfare l'obbligo di legge (*rectius*: di regolamento) è quello di creare appositi *call center*, nonché procedure standardizzate, che certo sono tutt'altra cosa rispetto all'approccio personalizzato che il Regolamento sembra presupporre. Ed il quadro si aggrava se è vero, come sembra, che tutte le compagnie, e non solo quelle dirette, si siano organizzate propri tramite *call center*.

## **5. L'esclusione delle spese di patrocinio legale.**

Con una sorprendente disposizione di carattere regolamentare (l'art. 9, 2<sup>a</sup> comma), di cui si è già dato conto, si è prevista l'esclusione del rimborso delle spese legali qualora l'offerta della compagnia venga accettata dall'assicurato; sorprendente perché l'art. 149, 1<sup>a</sup> comma, lett. d) del Codice si limitava a prevedere che l'emanando Regolamento dovesse stabilire "i limiti e le condizioni di risarcibilità dei danni accessori" e non certo l'esclusione – *tout court* – delle spese legali; sorprendente perché si comprime il diritto costituzionale alla difesa tecnica.

Compressione – soprattutto - perché il sistema non lascia scelta all'assicurato che è obbligato ad utilizzare il meccanismo del risarcimento diretto che promette rapidità ed efficienza, ma che non consente il rimborso delle spese legali eventualmente sopportate dal danneggiato.

Compressione, inoltre, difficilmente giustificabile rispetto a quei sinistri che comportano lesioni seppur lievi, rispetto ai quali il metro per valutare l'opportunità o meno dell'intervento di un professionista è sicuramente complicato per un danneggiato dotato

di ordinarie cognizioni tecnico-giuridiche. Probabilmente il passaggio dal sistema antecedente a quello attuale si poteva realizzare in modo più graduale, limitando cioè la nuova procedura ai danni senza lesione, i cosiddetti *bagatellenschanden*; come altri hanno osservato: *"tamponamenti, parafanghi e fanalini davvero non hanno bisogno di tesori sapienziali per arrivare alla transazione o al risarcimento"*.

In argomento, per concludere, para opportuno segnalare come sul piano legislativo, la Commissione Attività Produttive della Camera abbia approvato una modifica, per ora *in itinere*, dell'art. 150 del Codice che assegna ad un successivo futuro Regolamento l'individuazione – al contrario dal vigente – di spese forfetarie di assistenza legale rimborsabili al danneggiato.

## **6. Alcune considerazioni conclusive.**

Nessun dubbio sussiste sull'opportunità che il legislatore intervenisse in quello che altri hanno suggestivamente definito *"il Circo Barnum della litigiosità legata ai sinistri stradali"*, ciò che lascia perplessi è se la strada intrapresa possa condurre ai risultati sperati ossia a quel perentorio "obbligo" di effettivi benefici per gli assicurati che – secondo l'art. 14, 1<sup>a</sup> comma, del Regolamento – il sistema deve comportare.

E' certo ancora troppo presto per verificare sul campo se le molteplici aspettative del legislatore abbiano trovato, almeno in parte, realizzazione.

Le stesse imprese di assicurazione appaiono – perlomeno - molto prudenti; secondo quanto dichiarato dal presidente dell'Ania in data 12 ottobre 2007, *"l'indennizzo diretto sta funzionando, i numeri adesso sono poco indicativi, ma se il sistema farà espellere i costi impropri ci sarà lo spazio per le compagnie per ridurre i costi e quindi le tariffe, anche se ciò non sarà possibile già dall'inizio del 2008"*.

Dunque, tutto – per ora – rimandato, almeno con riguardo ai benefici a favore dell'assicurato, sul piano delle tariffe e di una constatabile riduzione dei tempi di liquidazione dei sinistri. Restano – invece - sul campo numerosi dubbi, non solo di carattere interpretativo, per quelli ci penserà come al solito – con il consueto paziente lavoro di cesello – la giurisprudenza, quanto di fondo.

Dubito – ad esempio – che la disincentivazione delle condotte di *moral hazard* (da parte sia delle compagnie, ritardando la corresponsione delle somme dovute, sia dei danneggiati, sovrastimando i pregiudizi subiti) – che rappresenta certo uno delle maggiori aspettative – discenda automaticamente dall'introduzione del risarcimento diretto e dalla creazione di un rapporto non occasionale e - soprattutto - fiduciario tra il danneggiato e la compagnia. Non sempre, infatti, un vincolo stabile tra le parti funge da deterrente rispetto a condotte censurabili: al contrario, accade sovente, negli stessi sistemi indennitari di coperture dei rischi – ad esempio - di furto, che l'assicurato sovrastimi ad arte il *quantum* del danno per il quale pretende l'indennizzo e che la compagnia – al contrario – tenda a minimizzarlo. Si tratta di dinamiche la cui eliminazione è legata – piuttosto – a fattori etici e culturali che paiono prescindere dall'esistenza o no di un rapporto contrattuale diretto tra l'assicurato e l'impresa, quasi che – poi – la presenza della consulenza legale, oggi non rimborsabile, sia la causa di tutti i mali.

Dubito, ancora, per concludere, che le roboanti aspettative del legislatore che – come si è visto – ha posto a carico delle compagnie obblighi di assistenza tecnica ed informativa che debbono *“consentire la migliore prestazione del servizio e la piena realizzazione del diritto al risarcimento del danno”* (art. 9, 1<sup>^</sup> comma, del Regolamento) possano mai trovare piena ed effettiva applicazione. Se si vuole evitare che le categoriche espressioni impiegate dal legislatore restino lettera morta, occorrerebbe interpretarle nel senso di attribuire alla compagnia, come altri hanno osservato, l'obbligo di:

- “a) informare il danneggiato sui criteri di riparto della responsabilità tra lui e l'altro conducente coinvolto;*
- b) fare eseguire con solerzia una perizia sul veicolo o sulle altre cose danneggiate ed una visita medico-legale sulla persona della vittima;*
- c) spiegare alla vittima i criteri con i quali il consulente od il perito sono pervenuti alle rispettive conclusioni;*
- d) illustrare al danneggiato quali sono i pregiudizi al cui risarcimento ha diritto (patrimoniale, biologico, morale, da ritardato adempimento);*
- e) illustrare al danneggiato i criteri attraverso i quali le indicazioni scaturite dalla consulenza medico-legale o dalla perizia sulle cose danneggiate sono state convertite in danaro;*
- f) se necessario, illustrare al danneggiato le ragioni per le quali non sono indennizzabili taluni dei danni da lui invocati;*
- g) controllare che la richiesta di risarcimento predisposta dall'assicurato sia completa e conforme alle prescrizioni del Regolamento”.*

Insomma, un bel daffare. Sembra, invece, che le compagnie – in modo certamente più ragionevole e concreto, ma, nel contempo, in contrasto con i desiderata del legislatore – abbiano inteso far fronte agli obblighi di assistenza attraverso la lettura agli assicurati di una sorta di *“carta dei diritti”* astrattamente attribuiti loro, corredata dalla consegna di alcuni moduli prestampati attraverso i quali formulare le proprie richieste risarcitorie.

**L'INDENNIZZO DIRETTO DEI DANNI NELL'ASSICURAZIONE R.C. AUTO:  
LA LEGISLAZIONE E L'ESPERIENZA FRANCESE**

**La Convenzione di Risarcimento e di Ricorso per le lesioni fisiche del ramo Auto  
(IRCA)**

**M. Jean-Marc Houisse**  
Directeur Sinistres Corporels  
SCOR Global P & C - Parigi



Dal 1° aprile 2002, la categoria degli assicuratori ha implementato sul mercato francese la Convenzione di Risarcimento e di Ricorso per Lesioni Fisiche del ramo Auto, al fine di semplificare le procedure di risarcimento.

Il principio del regolamento convenzionale tra assicuratori è il risultato di un'esperienza che, fin dal maggio 1968, sfociò nell'implementazione di regolamenti automatizzati consacrati dalla Convenzione di risarcimento dei Danni materiali Automobilistici (IDA).

Da quella data, gli assicuratori hanno trattato 1.600.000 ricorsi, ed hanno evitato il contenzioso trattato in via giudiziale.

Questo successo ha permesso agli operatori francesi non solo di controllare meglio i costi di gestione, ma anche di migliorare la soddisfazione dei clienti, data la riduzione dei tempi di pagamento.

Per trattare le contestazioni in via amichevole, sono state create delle istanze di arbitrato. Quest'ultime trattano ogni anno circa 150 pratiche.

In materia di danni fisici, è stato suggerito alle istanze professionali di adottare il regolamento convenzionale. E' stato il legislatore a raccomandare questo sistema nell'ambito dei lavori preparatori destinati a migliorare la situazione delle Vittime degli incidenti stradali e accelerare le procedure di Risarcimento. Queste riflessioni sono quindi state sancite dalla legge del 5.7.1985 che regola il diritto del risarcimento delle vittime di incidenti stradali.

Per quanto riguarda la sinistralità, la parte della responsabilità civile in materia di danni fisici ha rappresentato, da sola, il 29 % del peso dei sinistri automobilistici nel 2005.

In quello stesso anno, il 65 % di queste vittime non ha conservato postumi suscettibili di essere valutate al titolo di invalidità permanente.

Queste statistiche indicano chiaramente quanto sia necessaria una gestione industrializzata per i litigi più numerosi ma la cui significatività è più debole.

Alcuni semplici principi, ispirati alla Convenzione Materiale, hanno definito il campo di applicazione di questa convenzione.

Basta che l'incidente abbia coinvolto almeno un veicolo o che si sia prodotto in Francia Metropolitana (incluso il principato di Monaco) o nei dipartimenti di Oltre mare.

La Convenzione indica l'assicuratore incaricato del risarcimento: è l'assicuratore della vittima, chiamato "assicuratore diretto", a cui viene quindi conferito mandato dall'assicuratore del responsabile.

Ben inteso, il contenuto di questo accordo fra compagnie rimane inopponibile alla vittima.

Il risarcimento del ferito deve rispettare la procedura di offerta prevista dalla legge del 5.7.1985 e dal relativo decreto applicativo del 6 gennaio 1986.

Le regole del ricorso fra assicuratori sono strutturate con grande precisione ed i valori di risarcimento sono prestabilite, e riviste ogni anno.

Più specificatamente, l'assicuratore diretto deve prendere contatto con il proprio assicurato, la vittima, per stabilire l'entità del danno tramite i referti medici che possiede e se necessario grazie ad una perizia medica, se vi è un rischio di invalidità permanente.

Secondo l'articolo 12 della legge del 5.7.1985 per presentare un'offerta, l'assicuratore dovrà predisporre una perizia entro 8 mesi dalla data dell'incidente. Le conclusioni non potranno essere contestate fra gli assicuratori fino ad un tasso di invalidità permanente parziale del 10 %.

Allo stesso modo, per evitare ogni sorta di discussione, il medico verrà scelto in una lista comune di periti, e sarà designato con una comune missione.

L'assicuratore diretto è tenuto di informare regolarmente l'assicuratore del responsabile e di contattare gli enti sociali preposti al versamento delle prestazioni, conformemente al principio dell'articolo 14 della legge del 5.7.1985.

In caso di non adempimento agli obblighi imposti all'assicuratore diretto, l'assicuratore del responsabile potrà rivendicare in ogni momento il mandato, ed ottenere le penalità versate dall'assicuratore inadempiente. Lo stesso principio si ritrova negli articoli 15 e 16 della legge del 5.7.1985 che condanna l'assicuratore diretto in caso di assenza di offerta o di un'offerta pacificamente insufficiente.

Dopo aver risarcito la vittima, le regole di ricorso fra assicuratori sono chiaramente stabilite e totalmente distinte dalla valutazione dell'indennizzo versato alla vittima, dato che la convenzione non è opponibile alla vittima stessa.

La stanza di compensazione tra assicuratori è strettamente regolata fino ad una percentuale di invalidità del 5 % per le somme stabilite in anticipo. L'assicuratore diretto conserverà a proprio carico le indennità versate oltre la soglia e non potrà recuperare nulla se le somme versate saranno inferiori alla soglia convenzionale.

A titolo di esempio, ecco alcuni valori convenzionali per le vittime guarite o con postumi consolidati tra il 1.4.2007 ed il 31.12.2007:

• **Invalidità Permanente Parziale**

Fasce d'età		Percentuale di Lesione dell'integrità psico-fisica				
		1	2	3	4	5
40-49 ans	Plancher	509	543	578	613	647
	<b>Médiane<sup>1</sup></b>	<b>621</b>	<b>670</b>	<b>718</b>	<b>769</b>	<b>817</b>
	Plafond	946	975	1 005	1 036	1 067
50-59 ans	Plancher	489	517	543	570	596
	<b>Médiane<sup>1</sup></b>	<b>602</b>	<b>644</b>	<b>684</b>	<b>727</b>	<b>767</b>
	Plafond	927	950	971	994	1 016

• **Sofferenze subite**

Mezzo punto	Soglia inf.	Soglia sup.	Mediana <sup>1</sup>
0.5	80	280	<b>159</b>
1	261	914	<b>523</b>
1.5	392	1 372	<b>784</b>

• **Danno estetico**

Mezzo punto	Soglia inf.	Soglia sup.	Mediana <sup>1</sup>
2	625	2 300	<b>1 250</b>
2.5	950	3 500	<b>1 900</b>
3	1 500	5 000	<b>3 000</b>

<sup>1</sup> I valori delle mediane sono forniti a titolo indicativo

Se non vi è una perizia medica, per via dell'inesistenza di invalidità permanente, è stata instaurata una somma forfettaria dal 1.4.2007, dietro presentazione del protocollo di risarcimento dettagliato e regolarizzato dalla vittima. Il versamento di una somma di 1.490 € pone quindi definitivamente termine a fonti di scambio riguardanti le pratiche dagli interessi più modesti.

In maniera da controllare il funzionamento del dispositivo e farlo evolvere nel tempo, sono state create diverse istanze, nella fattispecie 2 commissioni (una di Applicazione, l'altra di Arbitrato) e 2 comitati (uno Statistico e l'altro Etico).

Alla resa dei conti, l'IRCA permette di risarcire direttamente il 65 % dei feriti della strada (che non conservino alcuna invalidità permanente), ma anche il 21 % di questa popolazione che soffre di un deficit funzionale inferiore al 6 %.

Queste cifre indicano senza ombra di dubbio il contributo fornito da questa procedura migliora la situazione di molte vittime e per accelerare le procedure di risarcimento; peraltro era proprio questo l'intento del legislatore nel 1985.

Ciononostante, non si può non rimpiangere l'assenza di applicazione di queste regole alla totalità della popolazione delle vittime. Sono stati volontariamente posti dei limiti.

In materia di ricorso tra assicuratori, i risarcimenti convenuti non eccedono i danni con una invalidità permanente superiore al 5 %. Allo stesso modo, le conclusioni medico-legali rimangono incontestabili se si tratta di postumi inferiori al 10 %.

Fin dall'origine, gli assicuratori hanno voluto fornire una soluzione al trattamento di massa delle pratiche, scartando i danni più significativi.

Questa parte delle pratiche sussistente continua a generare un contenzioso sottoposto al potere di apprezzamento dei magistrati all'origine della attuale deriva dei costi su questo mercato.

Le compagnie si organizzano con ogni mezzo per dinamizzare la propria politica di risarcimento e incoraggiare le soluzioni amichevoli.

Questo segmento del rischio è seguito attualmente da avvocati specializzati ed organizzati tra di loro che invocano il principio del completo ristoro del danno a contenuto evolutivo.

In mancanza di un consenso o dell'arbitrato dei poteri pubblici, è stato rifiutato il progetto di una tabella di riferimento del risarcimento, presentato dagli assicuratori per rendere la materia sicura e quindi accelerare le procedure di risarcimento.

La legge del 5.7.1985 ha permesso di definire le regole di diritto al risarcimento, è ora necessario che un nuovo testo definisca le regole del risarcimento, di modo che gli assicuratori possano estendere le regole dell'IRCA all'insieme delle vittime.

# Introduzione – Cenni storici sulle Convenzioni in Francia

---

La Convenzione IRCA è stata lanciata sul mercato francese il 1° aprile 2002 per procedere al risarcimento dei danni fisici  
Si ispira ai principi delle Convenzioni materiali, il cui risultato è stato la Convenzione IDA:

- ▶ **1954** : gli assicuratori concordano una lista di periti materiali comuni
- ▶ **1956** : Convenzione di Risarcimento Forfettario Anticipato (RFA). L'assicuratore diretto incarica il perito e procede ad una parte soltanto della liquidazione a beneficio del proprio assicurato

## Introduzione – Cenni storici sulle Convenzioni in Francia (segue)

- ▶ **1968 (maggio)**: nasce la Convenzione IDA, applicabile agli incidenti fra 2 veicoli. L'assicuratore diretto nomina il perito, procede alla liquidazione materiale e poi effettua il proprio ricorso presso l'assicuratore responsabile, seguendo una tabella di responsabilità
  - 1.600.000 ricorsi IDA trattati
  - Segna la fine dei ricorsi in giudizio sulla responsabilità, la valutazione dei danni
  - Implementazione dell'istanza di arbitrato per i litigi fra assicuratori (150 pratiche all'anno)
  - Diminuzione dei costi di gestione
  - Miglioramento della soddisfazione dei clienti

# Il contesto

---

## 1) Normativo

Nel settore della RC danni fisici Auto, la legge del 5 luglio 1985 ha suggerito l'instaurazione di una Convenzione che permetta di distinguere l'assicuratore incaricato della procedura di offerta in caso di pluralità di veicoli

⇒ **E' questo l'oggetto della Convenzione IRCA:**

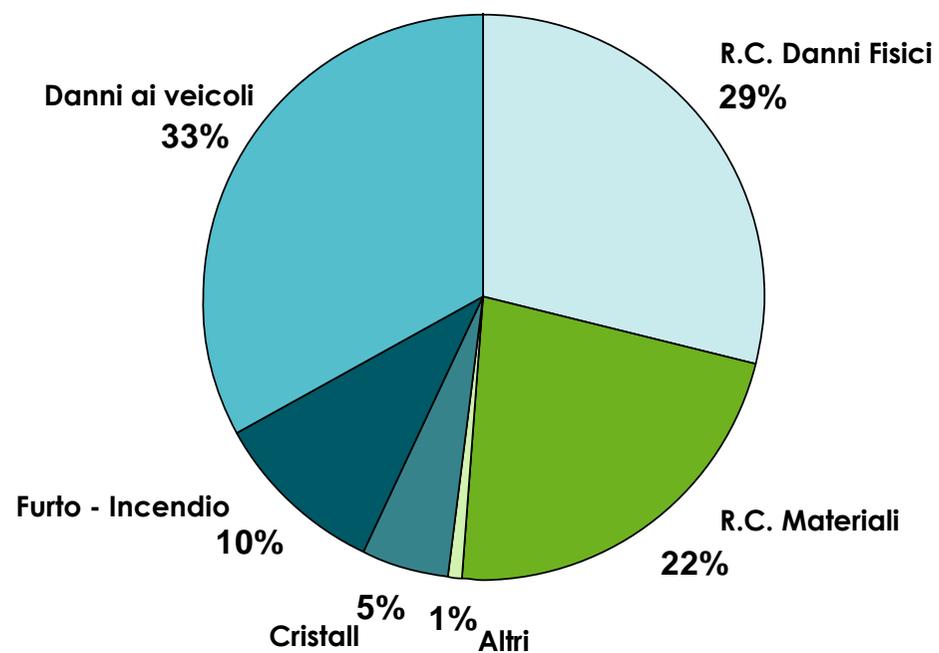
Gli aderenti concordano in anticipo che sarà l'assicuratore (diretto) a liquidare il proprio assicurato secondo le regole del diritto comune, per conto dell'assicuratore responsabile

In teoria, la vittima non dovrà trattare con l'assicuratore del responsabile

## Il contesto (segue)

### 2) Sinistralità Danni Fisici Auto

Ripartizione del carico dei sinistri automobili per garanzia nel 2005



Fonte: Acam

## Il contesto (segue)

Ripartizione delle vittime della strada in funzione della gravità (2005)

	<b>Ripartizione per numero</b>	<b>Ripartizione per ammontare</b>
Feriti leggeri senza IP	65 %	10 %
Feriti con IP	32 %	75 %
<i>di cui: da 1 a 5 %</i>	21 %	12 %
<i>da 6 a 14 %</i>	6 %	13 %
<i>15 % e oltre</i>	5 %	50 %
Decessi	3 %	15 %

# La Convenzione IRCA: una procedura di risarcimento industrializzata

---

## ▶ **Campo applicativo :**

- Incidente con almeno un veicolo coinvolto
- Francia Metropolitana + Dipartimenti di Oltre Mare + Monaco

## ▶ **Principi:**

- La Convenzione indica l'assicuratore incaricato di istruire la pratica e di risarcire la vittima: è l'assicuratore diretto, detentore del mandato
- La Convenzione è opponibile agli assicuratori, ma non alla vittima
- Il risarcimento della vittima deve rispettare la procedura di liquidazione prevista nella legge del 5.7.1985 e il relativo decreto applicativo del 6 gennaio 1986
- La Convenzione stabilisce le regole di ricorso fra assicuratori dopo la liquidazione

## La Convenzione IRCA: una procedura di risarcimento industrializzata (segue)

### ► Il ruolo dell'assicuratore mandatario:

Nei confronti della vittima, rispetta le formalità della procedura di liquidazione della legge del 5.7.1985

⇒ si mette in contatto con il ferito per ottenere i documenti medici

⇒ incarica un medico perito entro 8 mesi, scelto a partire da:

- Una lista comune di medici
- Una missione di perizia comune

La perizia è obbligatoria se vi è un rischio di invalidità permanente parziale.

Le conclusioni non sono contestabili fra assicuratori in caso di invalidità permanente parziale fino al 10 %

## La Convenzione IRCA: una procedura di risarcimento industrializzata (segue)

- ⇒ si mette in contatto con i terzi nell'ambito del Protocollo Enti sociali/ Assicuratori e liquida i crediti
- ⇒ informa regolarmente l'assicuratore responsabile: sulla natura delle ferite, sulla perizia medica, sui crediti e sulla liquidazione

Se mancassero queste informazioni, l'assicuratore diretto dovrà versare una penale all'assicuratore responsabile

L'assicuratore responsabile può rivendicare in ogni momento il mandato, se la gestione dell'assicuratore diretto non fosse soddisfacente, o se l'invalidità permanente parziale prevedibile è superiore al 5 %, oppure in caso di decesso

## La Convenzione IRCA: una procedura di risarcimento industrializzata (segue)

### ► **Le regole della stanza di compensazione:**

La stanza di compensazione deve essere indipendente dalla liquidazione versata alla vittima, in funzione della giurisprudenza applicabile

La stanza di compensazione fra assicuratori è inquadrata nel caso dell'esistenza di una invalidità permanente parziale dallo 0 al 5 %

L'assicuratore con mandato (diretto) conserva l'onere della parte delle liquidazioni versati oltre la soglia

Se l'assicuratore ha risarcito la vittima sotto la soglia della tabella, non potrà esercitare un ricorso e conserverà a proprio carico l'ammontare della liquidazione versata

## La Convenzione IRCA: una procedura di risarcimento industrializzata (segue)

Presentazione del ricorso inquadrato fra assicuratori per le vittime guarite o con postumi consolidati tra il 1.4.07 ed il 31.12.07, a titolo d'esempio:

- invalidità permanente parziale

Età		Percentuale Lesione integrità psico-fisica				
		1	2	3	4	5
<b>40-49 anni</b>	Soglia inf.	509	543	578	613	647
	<b>Mediana<sup>1</sup></b>	<b>621</b>	<b>670</b>	<b>718</b>	<b>769</b>	<b>817</b>
	Soglia sup.	946	975	1 005	1 036	1 067
<b>50-59 anni</b>	Soglia inf.	489	517	543	570	596
	<b>Mediana<sup>1</sup></b>	<b>602</b>	<b>644</b>	<b>684</b>	<b>727</b>	<b>767</b>
	Soglia sup.	927	950	971	994	1 016

<sup>1</sup> I valori delle mediane sono date a titolo indicativo

## La Convenzione IRCA: una procedura di risarcimento industrializzata (segue)

- Sofferenze patite

<u>Mezzo punto</u>	<u>Soglia inferiore</u>	<u>Soglia superiore</u>	<b><u>Mediana<sup>1</sup></u></b>
<u>0.5</u>	<u>80</u>	<u>280</u>	<b><u>159</u></b>
<u>1</u>	<u>261</u>	<u>914</u>	<b><u>523</u></b>
<u>1.5</u>	<u>392</u>	<u>1 372</u>	<b><u>784</u></b>

- Danno estetico

<u>Mezzo punto</u>	<u>Soglia inferiore</u>	<u>Soglia superiore</u>	<b><u>Mediana<sup>1</sup></u></b>
<u>2</u>	<u>625</u>	<u>2 300</u>	<b><u>1 250</u></b>
<u>2.5</u>	<u>950</u>	<u>3 500</u>	<b><u>1 900</u></b>
<u>3</u>	<u>1 500</u>	<u>5 000</u>	<b><u>3 000</u></b>

<sup>1</sup>I valori delle mediane sono forniti a titolo indicativo

## La Convenzione IRCA: una procedura di risarcimento industrializzata (segue)

- Lucro cessante

Si tratta della perdita di redditi netta, qualunque sia il tipo di reddito (stipendio, onorario, beneficio...)

- Deficit funzionale temporaneo

<u>GTT</u>	<u>600 € mensili</u>
<u>GTP</u>	<u>400 € mensili</u>
<u>GTR</u>	<u>200 € mensili</u>

- Forfait in assenza di invalidità permanente parziale

Forfait applicabile ai ricorsi al titolo delle liquidazioni versate alle vittime che non presentano alcun danno fisico e/o psichico: 1.490 €

## La Convenzione IRCA: una procedura di risarcimento industrializzata (segue)

### ▶ Le istanze di regolamento

- Commissione di applicazione
  - Monitoraggio delle condizioni di applicazione e del rispetto delle prescrizioni
  - Studio sulle misure per migliorare il funzionamento della convenzione
- Commissione di arbitrato
  - Procedura di rivalutazione
  - Procedura di conciliazione / arbitrato
- Comitato statistico
  - Monitoraggio statistico dei dati del file AGIRA
- Comitato etico
  - Controllo della giusta applicazione della convenzione

# Conclusioni

---

- ▶ Liquidazione di quasi il 65 % dei feriti senza postumi e di 21 % dei feriti con invalidità permanente parziale fino al 5 %
- ▶ Liquidazione rapida, senza contenzioso (vedi legge del 5.7.1985)
- ▶ Liquidazione semplice per la vittima che conosce il proprio interlocutore

E' necessario allargare il sistema per implementare una tabella di riferimento liquidativo per i danni fisici modesti o importanti (vedi riferimento GEMA / FFSA), ma potere sovrano di giudizio del magistrato e principio del completo ristoro del danno

## **INTERVENTI PROGRAMMATI**



**IL BONUS-MALUS DOPO LA RIFORMA BERSANI  
ALLA LUCE DEL DIRITTO COMUNITARIO**

**Prof. Avv. Aldo Frignani**  
Studio Legale Frignani & Associati  
Torino



In una delle c.d. "liberalizzazioni" proposte dal Ministro Bersani si tocca un punto molto importante della disciplina della responsabilità civile da circolazione autoveicoli, introdotto negli ultimi decenni come strumento di "personalizzazione" delle polizze e cioè il c.d. "bonus-malus". Il contenuto della riforma pone però il problema della sua conformità con il diritto comunitario, che costituisce oggetto del presente studio.

### **1.1. Le modifiche del D.L. n. 7/07 convertito in legge n. 40/07 rispetto alla disciplina precedente.**

Formattati: Elenchi puntati e numerati

L'art. 5 comma 2 del D.L. n. 7/07 del 31 gennaio 2007, convertito con modifiche nella legge n. 40 del 2 aprile 2007 (d'ora in poi anche "Bersani 2"), avente ad oggetto *"misure urgenti per la tutela dei consumatori, la promozione della concorrenza, lo sviluppo di attività economiche e la nascita di nuove imprese"*, ha aggiunto tre nuovi commi all'art. 134 del Codice delle Assicurazioni (d.lgs. 7.9.2005, n. 209) del seguente tenore:

*4-bis. "L'impresa di assicurazione in tutti i casi di stipulazione di un nuovo contratto relativo ad un ulteriore veicolo della medesima tipologia, acquistato dalla persona fisica già titolare di polizza assicurativa o da un componente stabilmente convivente del suo nucleo familiare, non può assegnare al contratto una classe di merito più sfavorevole rispetto a quella risultante dall'ultimo attestato di rischio conseguito sul veicolo già assicurato".*

*4-ter. "Conseguentemente al verificarsi di un sinistro, le imprese di assicurazione non possono applicare alcuna variazione di classe di merito prima di aver accertato l'effettiva responsabilità del contraente, che è individuata nel responsabile principale del sinistro, secondo la liquidazione effettuata in relazione al danno e fatto salvo un diverso accertamento in sede giudiziale. Ove non sia possibile accertare la responsabilità principale, ovvero, in via provvisoria, salvo conguaglio, in caso di liquidazione parziale, la responsabilità si computa pro quota in relazione al numero dei conducenti coinvolti, ai fini della eventuale variazione di classe a seguito di più sinistri".*

*4-quater. "E' fatto comunque obbligo alle imprese di assicurazione di comunicare tempestivamente al contraente le variazioni peggiorative apportate alla classe di merito".*

Ai sensi del comma 5 dell'art. 5 della legge n. 40/07, gli obblighi di cui ai commi precedenti sono imperativi e le clausole che fossero in contrasto con gli stessi sono colpite da nullità.

Ai fini del presente studio lasceremo ai margini la trattazione dei commi 4-ter e 4-quater: quanto al secondo esso pone solo un obbligo di comunicazione preventiva.

Quanto al comma 4-ter esso ha una valenza di carattere "procedurale" per l'applicazione del bonus/malus e di ripartizione di responsabilità fra diversi co-responsabili di un incidente. Tuttavia siccome può ritardare (anche di molto) l'applicazione del malus in occasione della stipula della polizza per l'anno successivo all'incidente, in tanto in quanto ciò si ripercuota sulla "tariffa", ad esso si applicherà, *mutatis mutandis*, ciò che diremo a proposito del comma 4-bis.

La novità dunque del comma 4-bis rispetto alla disciplina precedente sta principalmente nel fatto che, mentre prima vigeva la libertà delle imprese di assicurazione di assegnare la classe di merito "sulla base di regole autonomamente scelte da ciascuna compagnia"<sup>1</sup>, con la Bersani 2 viene stabilita obbligatoriamente la collocazione del nuovo contratto relativo ad un ulteriore veicolo nella stessa classe di merito risultante dall'ultimo attestato di rischio conseguito dal contraente sul veicolo precedentemente già assicurato.

Sarà utile qui un breve riepilogo storico. Fino al momento della liberalizzazione (1995) il sistema di bonus/malus era rigido ed unico, per quanto riguarda il numero delle classi di mercato, le regole di ingresso nella mutualità ed evolutive in funzione della sinistrosità manifestata, nonché in termini di coefficienti d'aumento o diminuzione dei premi in funzione della diversa collocazione dei veicoli assicurati all'interno della scala bonus/malus<sup>2</sup>.

Come effetto della liberalizzazione comunitaria (che ha trovato attuazione in Italia con l'art.26 del d.lgs. 17 marzo 1995, n.175 sull'assicurazione danni, il quale ha introdotto il nuovo art.12 della legge n.990/1969) i sistemi di bonus/malus hanno cominciato a differenziarsi fra le varie compagnie, che hanno cercato vie di maggior personalizzazione tariffaria, non solo con riferimento agli elementi di cui sopra, ma anche con altre formule (quali ad es. la franchigia oppure la combinazione di franchigie con bonus/malus). Tanto è vero che è dovuta intervenire l'ISPVAP, che ha messo a punto la c.d. *Classe di conversione universale* (CCU), per potere convertire in un unico linguaggio (ed a tutela del consumatore) le varie prassi delle compagnie. Dunque per più di 10 anni in Italia si è ritenuto che la corretta attuazione della direttiva 92/49 implicasse la liberalizzazione del bonus/malus.

## 2.2. La ratio e l'economia del bonus/malus.

Formattati: Elenchi puntati e numerati

I sistemi bonus/malus, introdotti in Europa a partire dai primi anni '60, costituiscono una delle principali forme di personalizzazione del rischio RC Auto e si fondano sulla sinistrosità manifestata dall'assicurato (rappresentata dalla sua storia assicurativa mediante il c.d. "attestato di rischio") e cioè la propensione minore o maggiore a provocare incidenti. La storia del bonus/malus in questi oltre 40 anni dimostra una loro positiva funzione nella prevenzione dei sinistri in quanto responsabilizzano maggiormente l'assicurato ad una guida prudente ed a evitare danni ai terzi e dunque si presentano come una ricompensa per i buoni ed una sanzione per i cattivi<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Come riconosce la stessa relazione al ddl di conversione presentata alla Camera il 7.2.2007, con il n. 2201, p. 6

<sup>2</sup> Cfr. E.COLOMBINI, *Bonus/malus nella assicurazione obbligatoria della responsabilità civile auto*, in *Arch. giur.circ.*, 1997, 657

<sup>3</sup> Rinvio a G. DELORME, *Nouvelle réglementation du "bonus/malus" en assurance automobile*, in *RGAT*, 1977, p. 438. I francesi parlano anche a giusto titolo del « bastone e la carota »: così J.BIGOT, *Assurance automobile: la carotte et le bâton*, in *JCP*, 1983, I, 3226

Dal punto di vista della personalizzazione tariffaria, i sistemi bonus/malus sono costruiti sulla distribuzione del fabbisogno tariffario generale tra le varie classi di assicurati, secondo modelli che prevedono l'applicazione di coefficienti di diminuzione e di maggiorazione dei relativi premi rispetto ad una grandezza media di partenza. I coefficienti di diminuzione e di maggiorazione trovano applicazione secondo regole che valorizzano l'assenza o la presenza di sinistri provocati nel corso di ogni periodo di osservazione del rischio (c.d. regole evolutive), che di solito coincide con un anno di copertura. Sulla base dei principi mutualistici propri dell'assicurazione, i sistemi bonus/malus trovano l'equilibrio in un'equa distribuzione delle risorse da esigere in termini di premi tra coloro che risultano più "virtuosi" (collocati nelle migliori classi di merito, che costituiscono la maggioranza degli assicurati), tra i "peggiori" e tra coloro che hanno appena iniziato o hanno da poco intrapreso il percorso evolutivo.

### 3.3. Le probabili ricadute del nuovo regime.

Formattati: Elenchi puntati e numerati

Le norme in materia di bonus/malus, contenute nella Bersani 2, quasi sicuramente procureranno dei benefici immediati a livello individuale ai destinatari delle misure di favore; ma a livello generale ed in termini strettamente economici comportano la necessità di riequilibrare il fabbisogno tariffario attraverso un recupero presso l'intera mutualità delle minori risorse percepibili nelle situazioni contrattuali regolate dal provvedimento. Sempre dal punto di vista economico, obbligare improvvisamente ad assegnare ai contratti di assicurazione relativi agli ulteriori veicoli acquistati da un soggetto o dai suoi familiari conviventi la stessa classe di merito assegnata al primo veicolo, anziché la classe di ingresso predisposta dall'impresa (a cui corrisponde un diverso premio), si traduce in una "imposizione di sconti" da applicare a queste situazioni contrattuali; dunque rispetto alla tariffa stabilita (che viene costruita con metodologie statistico-attuariali rispetto al fabbisogno di risorse calcolate dall'attuario incaricato)<sup>4</sup> gli sconti obbligatori determinano una riduzione dei premi attesi.

Va qui fatta un'altra osservazione sulla quale torneremo anche in seguito. E cioè che non è fonte di preoccupazione la regola per cui il diritto di vedersi applicata la classe di merito raggiunta tramite prudenza e diligenza viene applicata al vecchio contraente, bensì il fatto che tale "privilegio" venga esteso al "componente [del nucleo familiare] stabilmente convivente". Sarà utile ricordare che tale estensione non era prevista nel decreto-legge, ma è stata improvvisamente e senza motivazione introdotta dal legislatore in sede di conversione in legge. Orbene, conoscendo le peculiarità del tessuto demografico italiano e le statistiche relative agli incidenti stradali, è facile immaginare che i "componenti stabilmente conviventi" con il primo assicurato appartengano alla generazione più giovane, che è purtroppo caratterizzata da una più alta e pericolosa sinistrosità.

E' anche da prevedere che la minore incidenza iniziale sulle capacità di spesa per il neo-assicurato tenderà a far diminuire la sua "tensione" ad evitare incidenti. Un conto è aver pagato un alto prezzo ed essere sicuri che, senza incidenti, esso diminuirà; un altro conto è aver pagato poco con la possibilità (futura) che esso possa aumentare: nel secondo caso l'effetto di detenzione è minore.

<sup>4</sup> Profilo tariffario che, sinteticamente, è costruito basandosi in primo luogo su elementi oggettivi, quali il tipo di veicolo, la sua utilizzazione, la zona geografica del domicilio ed in secondo luogo su elementi soggettivi quali il sesso, l'età, la professione, ecc... dell'assicurato.

#### 4. La libertà tariffaria nella direttiva 92/49/CEE.

La normativa comunitaria che ha rilievo ai fini del nostro studio è composta dalle seguenti norme della direttiva 92/49.

##### Art. 6

*"(...) La presente direttiva non osta a che gli Stati membri mantengano in vigore o introducano disposizioni legislative, regolamentari o amministrative che prescrivano l'approvazione dello statuto e la trasmissione di qualsiasi documento necessario all'esercizio normale del controllo. Tuttavia gli Stati membri non stabiliscono disposizioni che esigano la preventiva approvazione o la comunicazione sistematica delle condizioni generali e speciali delle polizze di assicurazione, delle tariffe nonché di formulari e altri stampati che l'impresa abbia intenzione di utilizzare nelle sue relazioni con i contraenti. Gli Stati membri possono mantenere o introdurre la notifica preventiva o l'approvazione delle maggiorazioni di tariffe proposte solo in quanto elementi di un sistema generale di controllo dei prezzi"*

##### Art. 29

*"(...) Gli Stati membri non applicano disposizioni che prevedano la necessità di un'approvazione preliminare o di una comunicazione sistematica delle condizioni generali e speciali delle polizze d'assicurazione, delle tariffe nonché di formulari ed altri stampati che l'impresa di assicurazione abbia l'intenzione di utilizzare nelle sue relazioni con i contraenti. Per controllare l'osservanza delle disposizioni legislative, amministrative e regolamentari relative ai contratti di assicurazione, essi possono esigere solo la comunicazione non sistematica di queste condizioni e di questi altri documenti, senza che tale esigenza possa costituire per l'impresa una condizione preliminare per l'esercizio delle sue attività. Gli Stati membri possono mantenere in vigore o introdurre la notifica preliminare o l'approvazione delle maggiorazioni di tariffe proposte solo come elementi di un sistema generale di controllo dei prezzi".*

##### Art. 39, nn. 2 e 3

*"(...) 2. Lo Stato membro della succursale o della prestazione dei servizi non stabilisce disposizioni che prescrivano l'approvazione preventiva o la comunicazione sistematica delle condizioni generali e speciali delle polizze di assicurazione, delle tariffe, dei formulari e degli altri stampati che l'impresa si propone di utilizzare nei rapporti con il contraente. Al fine di controllare l'osservanza delle disposizioni nazionali, esso può esigere unicamente da ogni impresa che intenda effettuare sul suo territorio operazioni assicurative, in regime di stabilimento o in regime di libera prestazione dei servizi, la comunicazione non sistematica di queste condizioni o di questi altri documenti che esse intende applicare, senza che tale prescrizione possa costituire per l'impresa una condizione preliminare per l'esercizio delle sua attività.*

*3. Lo Stato membro della succursale o di prestazione dei servizi può mantenere in vigore o introdurre la notifica preventiva o l'approvazione delle maggiorazioni tariffarie proposte solo in quanto elemento di un sistema generale di controllo dei prezzi".*

← **Formattati:** Elenchi puntati e numerati

## 5.5. L'interpretazione della dottrina.

La direttiva, che ha ad oggetto il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative riguardanti l'assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita, si propone, in primo luogo, il completamento dell'istituzione del mercato unico nel settore delle assicurazioni, introducendo un regime di autorizzazione unica e di vigilanza finanziaria esclusiva sull'impresa di assicurazione da parte dello Stato membro in cui questa ha la sua sede sociale (Stato d'origine) e, di conseguenza, fa divieto agli Stati membri di richiedere l'approvazione preventiva o la comunicazione sistematica delle condizioni di polizza, delle tariffe e dei formulari. Tuttavia, essendo frutto di un difficile compromesso, usa delle espressioni abbastanza generiche, che hanno subito chiamato all'opera la dottrina<sup>5</sup>. I punti chiari sono:

- a) un divieto per gli Stati membri di esigere la preventiva approvazione o la comunicazione sistematica delle condizioni generali e speciali delle polizze, delle tariffe e dei formulari;
- b) una eccezione è cioè un permesso per gli Stati membri di chiedere la notifica preventiva o l'approvazione delle maggiorazioni di tariffe solo nell'ambito "di un sistema generale di controllo dei prezzi".

Non è stabilito invece fino a che punto gli Stati membri possano dettare norme imperative sulle tariffe; benché la direttiva n. 92/49 sia stata generalmente interpretata come la norma che impone la "libertà tariffaria, una certa corrente di pensiero reputa che agli Stati membri non sia impedito qualsiasi intervento sulle tariffe, a condizione che alle imprese di assicurazioni sia garantita la libertà di stabilire il premio di base, salvo che si tratti di una misura che rientri in un "sistema generale di controllo dei prezzi".

## 6.6. La posizione della Commissione sul bonus/malus.

Formattati: Elenchi puntati e numerati

La Commissione, nell'intento di sciogliere alcuni dubbi interpretativi derivanti dalle direttive della terza fase (di armonizzazione), ha pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale una Comunicazione interpretativa dedicata alla "libera prestazione dei servizi ed interesse generale nel settore delle assicurazioni"<sup>6</sup>. La seconda parte di essa è interamente dedicata a "L'interesse generale nelle terze direttive" e all'"Applicabilità delle regole di interesse generale".

La Commissione ricorda che le direttive sulle assicurazioni non contengono alcuna definizione dell'interesse generale, limitandosi a richiamare la giurisprudenza della Corte che si era espressa sul punto in tema di libera prestazione dei servizi e diritto di stabilimento<sup>7</sup>. Nel paragrafo relativo alla "Analisi delle condizioni relative alla nozione di interesse generale ed alla sua applicazione al settore delle assicurazioni", la Commissione esamina i sistemi obbligatori di coefficiente di riduzione/maggiorazione dei premi nella assicurazione obbligatoria autoveicoli (sistemi di bonus/malus).

<sup>5</sup> Fra i molti cfr. J.P.FEVRE, *Les troisièmes directives assurances: liberté et responsabilité pour les assureurs*, in Atti del Convegno AIDA Sezione Lombarda, Milano, 4 novembre 1994, 13 ss.; J.BIGOT, *L'internationalisation du droit des assurances*, in *Mélanges Loussouarn*, Paris 1994, 57 ss.

<sup>6</sup> In G.U.C.E. n. C 43 del 16.2.2000, p. 5 ss.

<sup>7</sup> Caso *Gebhard*, causa C -55/94, sent. 30 novembre 1995.

Riportiamo i passi più rilevanti:

*“In alcuni Stati membri i criteri per calcolare i premi di assicurazione della responsabilità civile obbligatoria autoveicoli sono stati fissati molto dettagliatamente da disposizioni di legge nazionali. Tra questi elementi tecnici vi sono i coefficienti di riduzione/maggiorazione dei premi (sistemi di bonus/malus). La tecnica imposta consiste nella definizione di una scala di gradi obbligatori sulla cui base viene calcolato il premio annuo. Questa scala si applica tanto al momento della stipulazione del contratto di assicurazione della responsabilità civile autoveicoli, che/o in occasione dei successivi spostamenti lungo la scala in relazione ai sinistri in cui è incorso l'assicurato. Il risultato è che l'aumento o la riduzione del premio di assicurazione non sono liberi, ma devono rispondere a precisi criteri stabiliti nella legislazione dello Stato membro. Sotto il profilo della tecnica assicurativa, questi sistemi sono meccanismi di tariffazione ...”.*

Essa prosegue dicendo che *“il mantenimento di un meccanismo di tariffazione obbligatoria appare pertanto contrario alla lettera ed allo spirito delle terze direttive”*. Si chiede poi se, in base al principio della proporzionalità, gli Stati non possano raggiungere gli stessi obiettivi perseguiti dal bonus/malus con *“altri mezzi meno restrittivi e vincolanti”*<sup>8</sup>, per concludere che *“La Commissione ritiene che sistemi obbligatori di bonus/malus, nella misura in cui configurino disposizioni tariffarie, sarebbero contrari alla terza direttiva. In quest'ipotesi, la Commissione è dell'avviso che gli Stati membri non possano lecitamente appellarsi all'interesse generale per giustificare il mantenimento dell'obbligatorietà di tali sistemi, dato che si riferiscono a regole che hanno già formato oggetto di disposizioni comunitarie”*.

## **7.7. La posizione della Corte di Giustizia.**

Formattati: Elenchi puntati e numerati

Poiché il punto centrale del problema ruota attorno alla definizione di *“libertà tariffaria”* in materia assicurativa garantita dalle direttive sopra richiamate, è necessario vedere la posizione della Corte di Giustizia. Essa si è pronunciata tre volte, di cui due nella materia specifica che ci interessa e cioè sul bonus/malus.

### **Corte di Giustizia, Commissione / Italia causa C – 59/01, sent. 25.2.2003<sup>9</sup>**

Si trattava di un ricorso proposto dalla Commissione contro la normativa italiana (d.l. 28.3.2000, n 70 convertito nella legge 26.5.2000, n. 137) che istituiva il blocco temporaneo delle tariffe RC auto. La Commissione riteneva che il blocco delle tariffe fosse contrario al principio della libertà tariffaria prevista agli artt. 6,29 e 39 direttiva, mentre il governo italiano riteneva che esso fosse legittimo perché nell'ambito di un sistema generale di controllo dei prezzi.

La Corte si diffonde in una motivazione molto articolata, i cui punti più salienti sono questi:

<sup>8</sup> E porta questo esempio: *“scale di gradi bonus/malus che siano indipendenti da qualsivoglia coefficiente imposto di riduzione/maggiorazione e per le quali gli assicuratori sarebbero liberi di fissare il tasso dei premi, sono atte a garantire la trasparenza del mercato e la mobilità degli assicurati”*.

<sup>9</sup> In *Foro it.*, 2003,IV,112 (annotazioni COLANGELO)

§ 29 *“il legislatore comunitario ha chiaramente inteso garantire il principio della libertà tariffaria nel settore dell'assicurazione non vita...Tale principio implica il divieto di ogni sistema di notifica preventiva o sistematica e di approvazione delle tariffe, eccetto che si tratti dell'approvazione delle “maggiorazioni tariffarie” nell'ambito di “un sistema generale di controllo dei prezzi”.*

§ 32 *La disciplina italiana “restringe notevolmente la libertà delle compagnie... per quanto riguarda la fissazione e l'evoluzione delle tariffe”.*

§ 38 *“Per quanto riguarda le diverse considerazioni di interesse generale fatte valere dalla Repubblica Italiana ai fini di giustificare la disciplina impugnata sul fondamento dell'art.28 della direttiva [si afferma] che l'interesse generale considerato da tale disposizione non può, in ogni caso, essere fatto valere al fine di legittimare l'introduzione o il mantenimento in vigore di disposizioni nazionali che ledano il principio della libertà tariffaria, le eccezioni al quale hanno formato oggetto di regole armonizzate dagli artt. 6,29 e 39 direttiva”.*

#### **Corte di Giustizia, Commissione / Francia causa C – 347/02, sent. 7.9.2004.**

La causa è stata promossa dalla Commissione per fare accertare che la Francia, avendo istituito e mantenuto in vigore un sistema di bonus/malus con ripercussioni automatiche ed obbligatorie sulle tariffe, aveva violato il principio della libertà tariffaria e di soppressione dei controlli sistematici sulle tariffe e sui contratti.

Secondo la ricostruzione della Corte la normativa francese che rendeva obbligatorie le clausole del bonus/malus (art. A.121-1, 1° comma, codice delle assicurazioni), prevede che “la compagnia di assicurazioni fissa un premio di riferimento, sulla base del quale si calcola il premio annuale dovuto dall'assicurato. Tale premio annuale costituisce infatti il prodotto del premio di riferimento moltiplicato per il coefficiente di riduzione/maggiorazione, originariamente pari a 1. Allo scadere di ogni periodo di un anno senza sinistri, il detto coefficiente si riduce del 5%. Esso non può essere tuttavia inferiore allo 0,50%. Al contrario, quando un sinistro si verifica nel corso di un determinato anno, il detto coefficiente è aumentato del 25% ed ogni ulteriore sinistro porta una maggiorazione della medesima proporzione. Tuttavia, non è applicabile alcuna maggiorazione per il primo sinistro verificatosi dopo un periodo di almeno tre anni durante il quale il coefficiente di riduzione/maggiorazione è stato pari allo 0,5%. Il coefficiente di maggiorazione, inoltre, non può in ogni caso essere superiore a 3,5”.

#### Conclusioni dell'Avvocato Generale <sup>10</sup>

L'Avvocato Generale Stix-Hackl ha elaborato le stesse conclusioni generali sia per il caso Commissione/Francia che per quello Commissione/Lussemburgo, limitandosi solo a qualche osservazione separata al fine di tener conto delle specifiche caratteristiche dei due sistemi di bonus/malus (punto 86).

In primo luogo afferma che i sistemi bonus/malus , che si ripercuotono obbligatoriamente e automaticamente sulle tariffe, costituiscono ostacoli alla realizzazione di un mercato interno assicurativo e conclude che il bonus/malus come disciplinato dalla Francia e dal Lussemburgo possa “pregiudicare la libera circolazione dei

<sup>10</sup> 30 marzo 2004 , in [www.europa.eu.int/eur-lex/Notice.do?val=388651](http://www.europa.eu.int/eur-lex/Notice.do?val=388651)

prodotti assicurativi (nella fattispecie, la libera circolazione dei contratti di assicurazione RC Auto) costringendo a corrispondenti modificazioni delle loro condizioni e delle loro tariffe succursali di società di assicurazione aventi sede sociale in un altro Stato membro o società estere che offrono i propri prodotti in situazione di libera prestazione dei servizi"(punto 69). Dunque – conclude l'Avvocato Generale – se si dimostra che questi sistemi pregiudicano la libera distribuzione dei prodotti assicurativi nella Comunità, essi sarebbero in contrasto con la direttiva 92/49, amenoché essi siano giustificati dalla tutela dell'interesse generale ai sensi dell'art. 28 della direttiva, ciò che l'Avvocato Generale nega (con argomentazioni che riprenderemo *infra*).

#### Argomentazioni delle parti

La Commissione ritiene che il regime di bonus/malus disciplinato dalla legge francese sia in contrasto con la direttiva 92/49 perché produce una "ripercussione automatica sulle tariffe". Essa ritiene inoltre che la libertà delle imprese di fissare liberamente l'entità dei premi di base risulterebbe vanificata se le stesse potessero modulare il premio con riguardo ad un criterio fondamentale come quello della sinistrosità dell'assicurato solamente seguendo le prescrizioni obbligatorie contenute nell'allegato sopra citato.

Il Governo francese contesta che la direttiva 92/49 sancisca un principio di libertà tariffaria che si estenda alle modalità di calcolo dei premi assicurativi, che la direttiva 92/49 non impedisce di includere nel metodo di calcolo dei premi un coefficiente obbligatorio "che non incide sul livello iniziale di detti premi e che si ripercuote solo in misura estremamente limitata sulla loro evoluzione".

#### La decisione

La Corte con una motivazione inusualmente stringata (per non dire, carente) reputa che il sistema francese di bonus/malus comporti "ripercussioni sull'evoluzione dei premi", tuttavia esso non si risolve in una fissazione diretta delle tariffe da parte dello Stato poiché le imprese restano libere di fissare l'importo dei premi di base. Essa afferma inoltre che "in assenza di una volontà chiaramente espressa in tale senso dal legislatore comunitario una armonizzazione completa del settore tariffario in materia di assicurazione non vita che escluda qualsiasi provvedimento nazionale idoneo a produrre ripercussioni sulle tariffe non può essere presunta" (punto 25). La sentenza si conclude dicendo che poiché il premio di base può essere fissato in piena libertà, il sistema francese di bonus/malus non è in contrasto con il principio della libertà tariffaria per il solo fatto che "provoca ripercussioni sull'evoluzione del premio medesimo" (punto 26).

#### **Corte di Giustizia, Commissione / Lussemburgo causa C 346/02, sent. 7.9.2004.**

Nella stessa data del caso precedente, la Corte ha emesso una sentenza che riguardava il sistema del bonus/malus in Lussemburgo<sup>11</sup>, la cui normativa prevedeva un bonus/malus obbligatorio, basato su un sistema in base al quale ogni nuovo assicurato viene inserito nella classe 11 della scala bonus/malus, cosa che corrisponde ad un bonus pari allo 0%. La mancanza di sinistri durante il periodo di osservazione conduce all'inserimento in una classe inferiore della scala fino ad un massimo di -3 nella quale

---

<sup>11</sup> Disciplinato dal Regolamento del 20.12.1994.

l'assicurato paga solo il 45% del premio di riferimento. All'opposto ogni sinistro provoca un innalzamento di tre classi fino ad un massimo della classe 22, che corrisponde al 250% del premio di riferimento.

Le parti in causa hanno usato le stesse argomentazioni impiegate nella causa *Commissione / Francia* e riportate sopra.

La Corte è giunta alla conclusione che il sistema del bonus/malus lussemburghese non si traduce in una fissazione diretta del premio da parte dello Stato, poiché le imprese di assicurazione rimangono libere di fissare l'importo dei premi di base. Essa riporta poi (ai punti 24 e 25) le stesse affermazioni riportate sopra ai punti 25 e 26 della sentenza *Commissione / Francia*.

La differenza più rilevante fra le due sentenze è la mancata considerazione di un dato di fatto che significativamente differenziava il caso francese da quello lussemburghese: infatti, mentre nel primo le compagnie rimanevano libere di stabilire la classe di ingresso per il nuovo assicurato, in quanto la legge interveniva solo sulla evoluzione successiva della tariffa, nel caso del Lussemburgo era lo stesso legislatore che stabiliva obbligatoriamente la classe di merito di ingresso e cioè la classe 11. Perciò può osservarsi che nella sentenza *Lussemburgo* la Corte restringe ancora di più rispetto alla sentenza *Francia* l'imperatività della direttiva.

Ambedue rappresentano comunque un sicuro e sorprendente *revirement* rispetto alla sentenza *Commissione/Italia*, dove si era detto che una legge nazionale che restringa la libertà delle compagnie circa l'evoluzione delle tariffe viola la direttiva (§32).

## **8. Analisi (critica) dei singoli argomenti ed obiezioni.**

Come si è visto la Corte ritiene che il sistema del bonus/malus quand'anche prefissato dalla legge nazionale non violi la direttiva n. 92/49 e pertanto risolve alla radice il problema della conformità della Bersani 2. In realtà se ci fermassimo al precedente della sentenza *Francia* potremmo concludere che essa non si applica al nostro caso perché ivi l'intervento dello Stato nel bonus/malus riguardava soltanto gli scatti da una classe all'altra e non riguardava invece la classe di ingresso per la quale le compagnie rimanevano libere di fare la loro scelta. Purtroppo, però, il precedente della sentenza nel caso *Lussemburgo* è più pertinente al nostro problema, in quanto la norma lussemburghese stabiliva in modo vincolante anche la classe di ingresso.

A ben vedere però non ci sembra che la discussione sia chiusa perché sulle singole argomentazioni che ora analizzeremo separatamente si possono avere pareri diversi.

### **8.1. La libertà tariffaria.**

Secondo la Commissione sia nel caso *Francia* che in quello del Lussemburgo c'era la violazione del principio della libertà tariffaria risultante dalle disposizioni della direttiva 92/49 che vieta agli Stati membri di assoggettare a notifica, approvazione preliminare o comunicazione sistematica le tariffe, o le maggiorazioni che una compagnia intende

applicare nel territorio di tali Stati e che nel contempo persegue l'obiettivo di realizzare la libera commercializzazione dei prodotti assicurativi nella Comunità.

a) La Commissione, per un verso, citava a conferma del proprio assunto le sentenze della Corte 11.5.2000 causa C 296/98 *Commissione / Francia* e 25.2.2003 causa C 59/01 *Commissione / Italia* e, per altro verso, assumeva che i regimi di bonus/malus in esame erano contrari alla direttiva in quanto si ripercuotevano automaticamente sulle tariffe.

Noi riteniamo che il primo argomento della Commissione fosse facilmente contrastabile – come del resto ha fatto la Corte – perché nel caso *Commissione / Francia* del 2000 era in gioco l'obbligo di notificazione preventiva al ministro, mentre nel caso *Commissione / Italia* invece si trattava di un blocco generalizzato delle tariffe e dunque non vi era dubbio che fosse violata la libertà tariffaria (anche se nel secondo la Corte aveva detto che la materia era stata "armonizzata": §38).

Dunque i due precedenti sul quale si basava l'assunto della Commissione non erano tali per la doverosa applicazione del metodo del *distinguishing*.

b) Rimaneva l'argomento della ripercussione automatica sulle tariffe. Noi non sappiamo donde sia tratta l'affermazione secondo la quale sarebbe contraria alla libertà tariffaria soltanto una norma che abbia ripercussioni "dirette" o "automatiche" sulle tariffe e non una che produca lo stesso effetto, ma in via indiretta. Infatti se è degna di essere garantita la libertà di fissazione delle stesse, che si manifesta nei contratti che le compagnie sottopongono ai loro clienti, e questa libertà può essere pregiudicata non solo in forma diretta ma anche in forma indiretta, la compressione della libertà purtuttavia si realizza. D'altra parte non ci è noto alcun precedente della Corte che spieghi perché nelle terze direttive sia da considerare vietata solo una norma nazionale che abbia ripercussioni dirette sulle tariffe, mentre invece la norma che tali ripercussioni produca in modo indiretto sarebbe legittima. E' vero che nella sentenza *Commissione/Italia* del 2003 la Corte aveva condannato il blocco delle tariffe (ipotesi dunque di intervento diretto), ma è altrettanto vero che la Corte non si era pronunciata in favore di ripercussioni indirette<sup>12</sup>.

c) Ma anche se dovesse prevalere l'opinione che solo le norme che producono ripercussioni dirette sulle tariffe sono contrarie alla libertà tariffaria garantita nella direttiva 92/49, nei due casi *Francia* e *Lussemburgo* (per la verità più nel secondo che nel primo), le norme sul bonus/malus avevano ugualmente una incidenza sulle tariffe perché, nel primo caso toglievano la libertà alle compagnie di disciplinare le condizioni alle quali si passava da una classe di merito all'altra e, nel caso del Lussemburgo, addirittura lo Stato fissava anche la classe di merito per l'ingresso. Non c'è dubbio che in ambedue i casi la classe di merito non è l'unico criterio in base al quale si determina il premio, tuttavia non è neppure revocabile indubbio che esso abbia una "incidenza" sul premio stesso. Nel caso *Commissione/Francia* la Commissione aveva sostenuto che la modulazione imposta dalla norma francese non produceva solo un effetto "marginale" sull'importo del premio ma poteva farlo variare fino a più del doppio (punto 15) e il Governo francese aveva controbattuto che tale incidenza sarebbe stata "estremamente limitata" (punto 18), tuttavia la Corte non ha ritenuto prendere posizione sul punto, introducendo invece un'altra distinzione (punto 24) e cioè riconoscendo che la normativa francese sul bonus/malus comportava "ripercussioni sull'evoluzione dei premi", ma che "esso non si risolve in una fissazione diretta delle tariffe da parte dello Stato". Pertanto sotto il profilo

<sup>12</sup> Quale avrebbe potuto essere ad es. una norma che dicesse che era ammesso solo un aumento annuale pari all'infrazione.

della interpretazione della direttiva e del concetto di libertà tariffaria la sentenza rimane ampiamente insoddisfacente<sup>13</sup>.

d) Se esaminiamo il caso italiano, il Governo stesso considera l'intervento sul bonus/malus di cui all'art. 4-bis come strumento per produrre effetti nella determinazione finale della tariffa base. Si legge infatti nella relazione alla Camera dei Deputati per la conversione in legge del decreto, quanto segue: "Attualmente, considerata anche la libertà tariffaria delle imprese di assicurazione, le classi di merito di provenienza e di assegnazione sono stabilite sulla base di regole autonomamente scelte da ciascuna compagnia; regole che premiano o penalizzano in modo diverso la situazione relativa alla sinistrosità pregressa". Diventa dunque difficile – per non dire impossibile – per la Corte di Giustizia negare che il nuovo sistema italiano di bonus/malus abbia influenza sulla tariffa, quando il Governo stesso afferma che questo era lo scopo della nuova disciplina.

e) Ma la comparazione fa emergere anche un elemento di debolezza della situazione creata dalla Bersani<sup>2</sup>: infatti mentre in Francia ed in Lussemburgo (la cui legislazione è stata assolta), la norma imponeva regole precise anche per quanto attiene al passaggio da una classe all'altra (con dei limiti stretti)<sup>14</sup>, in Italia la normativa non tocca i criteri di passaggio da una classe all'altra .

## 8.2. Il complesso delle direttive rappresenta un settore "armonizzato"?

Si legge nella sentenza *Francia* (come pure in quella del Lussemburgo) questa affermazione: "In assenza di una volontà chiaramente espressa in tal senso dal legislatore comunitario, una armonizzazione completa del settore tariffario in materia di assicurazione non vita che escluda qualsiasi provvedimento nazionale idoneo a produrre ripercussioni sulle tariffe, non può essere presunta" (punto 25). L' affermazione è fondamentale perché è principio ormai consolidato della Corte che affinché una disposizione nazionale possa legittimamente ostacolare o limitare l'esercizio del diritto di stabilimento e della libera prestazione dei servizi, essa debba soddisfare diverse condizioni, fra le quali *in primis* si elenca quella per cui deve trattarsi di un "settore non armonizzato". Infatti se il settore fosse "armonizzato" gli Stati membri non avrebbero più alcun potere di intervenire nello stesso. Nel campo assicurativo ci si chiede se le c.d. "terze direttive" (o direttive della terza fase) costituiscono o meno un settore armonizzato. In proposito si evoca la nota distinzione tra direttive "minimali" o direttive "precise".

La Commissione considera che il settore non sia stato armonizzato <sup>15</sup>, rifacendosi all'ottavo considerando della direttiva 92/49 ove si legge "che talune disposizioni della presente direttiva definiscono norme minime; che lo Stato membro di origine può imporre norme più restrittive nei confronti delle imprese di assicurazione autorizzate dalle proprie autorità competenti". Dunque sotto questo profilo la posizione della Corte e della Commissione coincidono. Sennonché rimane irrisolto un dubbio e cioè, siccome non tutte le disposizioni della direttiva definiscono norme minime, si tratta di selezionare quelle che

<sup>13</sup> Tanto è vero che la dottrina francese ha accolto la sentenza come un "regalo-sorpresa": v. NOËL, LAETITIA, *Bonus-malus: le "cadeau-surprise" de la Cour de justice des Communautés européennes*, in *Recueil Dalloz*, 2004, Jur. p. 2883-2885; mentre altri commentano (con espressione che nel Paese della ghigliottina ha un senso profondo) che la Francia "ha salvato la sua testa": così v. MESTRE J., FAGES, BERTRAND, *Obligations et contrats spéciaux. Obligations en général*, in *Revue trimestrielle de droit civil*, 2004, p. 726-727.

<sup>14</sup> Onde la dottrina aveva giustamente qualificato il regime dettato dalla legge francese come di "semi-libertà": così NOËL, *op.cit.*, p. 2885.

<sup>15</sup> Comunicazione cit., pag. 17 (e v. pure la nota 58 di p. 16).

hanno tale caratteristica da quelle che non l'hanno: il principio della libertà di tariffa può essere definito una "norma minima"? e se così fosse avrebbe ancora senso definirlo tale qualora gli Stati potessero intervenire per stabilire le tariffe in tutto o in parte o comunque per condizionarne l'andamento? Qualche autore<sup>16</sup> reputa che i principi generali relativi alla soppressione del controllo sostanziale delle condizioni di assicurazione e delle tariffe fanno parte incontestabilmente del settore armonizzato e che non siano ammesse condizioni di applicabilità della disciplina tariffaria quando esse siano in contrasto con i principi generali. Si riconosce però che la direttiva in esame non impone in modo esplicito la soppressione di qualsiasi regolamentazione sulle tariffe, ma ciò si deduce implicitamente dalla soppressione di ogni controllo sulle tariffe stesse. In proposito si deve però osservare che il principio consolidato dalla Corte è nel senso sopra indicato e cioè della "volontà chiaramente espressa dal legislatore comunitario"<sup>17</sup> e pertanto la deduzione implicita trova, allo stato attuale della *case law*, un ostacolo non indifferente.

### 8.3. Il criterio della "proporzionalità".

Qualora uno Stato membro ritenesse, per ragioni di interesse generale, di dover imporre ad una impresa di assicurazioni comunitaria operante sul proprio territorio il rispetto di un livello di protezione del consumatore più elevato di quello stabilito da una disposizione comunitaria minima, tale imposizione dovrebbe, per essere conforme al diritto comunitario, rispettare i criteri della proporzionalità<sup>18</sup>, che si esprime nel chiedersi se lo stesso risultato non possa essere raggiunto con altri mezzi meno restrittivi e cioè che non mettano in discussione il principio della libertà tariffaria.

Di questi altri mezzi la Commissione stessa offre l'esempio delle scale di gradi bonus/malus che siano indipendenti da qualsivoglia coefficiente imposto per legge di riduzione/maggiorazione e per le quali gli assicuratori sarebbero liberi di fissare il tasso di premio. Forse a tali esempi si potrebbero aggiungere nel caso dell'Italia altre forme di aiuto: per es. la detassazione per le polizze di primo ingresso e altre ancora.

Anche il criterio della "proporzionalità" può giocare un certo ruolo ai nostri fini, dove ci si può chiedere se lo stabilire *ex lege* la classe di entrata nel bonus/malus per un neo assicurato, limitando in tal modo la libertà delle imprese di assicurazione di tener conto *in primis* delle regole statistiche di sinistrosità di tale soggetto, sia il sistema più efficiente per ridurre l'onere finanziario a carico dei neo patentati, che sembra l'obiettivo della legge in esame. Orbene sul punto si può osservare che se si tratta di un problema sociale sarebbe più efficiente una qualsiasi misura di aiuto pubblico a questa categoria di nuovi assicurati, rispetto all'onere gravato solo sull'impresa di assicurazione, che molto probabilmente per qualche anno si troverebbe ad operare in perdita qualora la sinistrosità dei neo assicurati fosse tale da non consentire (e di gran lunga) la stessa classe di merito del primo assicurato della famiglia.

<sup>16</sup> Fra questi DUBUISSON B., *L'intérêt général en droit communautaire de l'assurance. La réaction thermidorienne*, in *Rev. Gén. Assurances Terrestres* (R.G.A.T.), 1995, p. 846 ss.

<sup>17</sup> Anche se non possiamo dimenticare la stessa Corte nel caso *Commissione/Italia* aveva affermato che il settore è "armonizzato" (§ 38).

<sup>18</sup> Così la Comunicazione cit., pag. 17

#### 8.4. Il criterio della "ragionevolezza".

Strettamente legato, per un verso, al criterio della proporzionalità e, per altro verso, all'interesse generale, ci sia consentito un breve cenno anche al profilo della ragionevolezza "che misura la conformità della norma imperativa con la reale esigenza di tutela". Tale criterio ci sembrerebbe osservato per quanto concerne il diritto di colui che è già contraente e il cui "storico" è positivo a mantenere l'ultima classe di merito ogni volta che voglia stipulare un nuovo contratto relativo ad un ulteriore veicolo. Se, infatti, la classe di merito misura la "sinistrosità" dell'assicurato, se esso ha dimostrato un alto grado di prudenza e di diligenza con il primo veicolo non si vede perché quando vuole assicurarsi per un ulteriore veicolo debba ripartire obbligatoriamente dalla classe 14.

Ma tutti questi discorsi di ragionevolezza non trovano più alcun fondamento quando si tratta di un "componente (del suo nucleo familiare) stabilmente convivente"; infatti la semplice situazione soggettiva di "componente della famiglia" e di "convivenza" con l'assicurato non giocano alcun ruolo per indicare neppure indirettamente quale sarà la sinistrosità del nuovo assicurato, sinistrosità che sarà calcolata con metodi statistico-attuariali, cui non è stato finora inventato alcun altro surrogato. Ma v'è di più. Non c'è alcuna ragionevolezza nel fornire questo privilegio al familiare "convivente" rispetto al familiare "non-convivente". L'effetto di una tale distinzione sarà quello di incentivare i giovani a non abbandonare il nucleo familiare: era questo lo scopo del legislatore? Se la risposta è no – come crediamo – ciò prova ad abundantiam che la norma è irragionevole.

#### 8.5. Il perseguimento dell' "interesse generale".

A prescindere dagli argomenti di cui sopra, una eccezione alla libertà di prestazione di servizi e di stabilimento e, nel caso delle assicurazioni, alle norme imposte dalle terze direttive, può essere giustificata dal perseguimento dell'interesse generale.

La prima domanda da porsi in proposito è se l'interesse generale debba avere un contenuto unitario a livello della Comunità oppure possa essere stabilito di volta in volta dai singoli Stati membri. Esistono argomenti a favore dell'una e dell'altra opinione. Per un verso, trattandosi di una misura per comporre un conflitto fra gli interessi legittimi di uno Stato e gli interessi predominanti delle libertà economiche definite dal Trattato di Roma (ed *in primis* della libertà di concorrenza), dovrebbe prevalere la nozione comunitaria. Per altro verso, non si può negare allo Stato membro la tutela di un interesse che lo stesso reputi essenziale per i suoi cittadini e pertanto il controllo da parte della Corte di Giustizia dovrebbe limitarsi alla ricerca di un equilibrio fra tale interesse e la necessità di promuovere la libera circolazione dei beni e dei servizi<sup>19</sup>. Sembra dunque prevalere l'idea della nozione nazionale di "interesse generale".

Nel nostro settore ciò parrebbe confermato da un dato di fatto, e cioè che il Belgio, la Spagna e la Finlandia<sup>20</sup> hanno soppresso il sistema del bonus/malus, la Francia, il Lussemburgo e ora l'Italia lo mantengono con carattere obbligatorio e vincolante, mentre la grande maggioranza degli Stati membri della CE ne ha fatto e ne fa a meno.

<sup>19</sup> In questo senso DUBUISSON, *op.cit.*, p. 815.

<sup>20</sup> Cfr. D. BOURG, *Belgique, Espagne, Finlande: pas de marche arrière*, in *L'Argus de l'assurance*, 2004, p.8.

Tale nozione, di cui si trova solo un fuggevole cenno nell'art. 28 della direttiva<sup>21</sup> ha trovato modo di essere specificata in una lunga serie di sentenze della Corte<sup>22</sup>. Tutti concordano nel ritenere che la tutela dei consumatori possa essere ritenuta rientrare nell'interesse generale.

Che questo sia anche l'intento della norma qui analizzata della Bersani 2 lo dice la relazione Governativa alla Camera dei Deputati dove si leggono queste parole: " *In particolare, si vuole introdurre, a tutela del consumatore contraente, il principio della conservazione della classe di merito che risulta dall'ultimo attestato di rischio, che vale in tutti i casi di stipulazione di un nuovo contratto (anche a seguito di furto del veicolo o di sua consegna in conto vendita)*".

Così enunciata, la *ratio legis* impone alcune osservazioni:

- a) In primo luogo la relazione Governativa si riferisce esclusivamente al "consumatore contraente", la cui tutela nel momento della stipula di un nuovo contratto è comunemente condivisa e pertanto può (seppure con qualche forzatura) considerarsi di interesse generale dare soddisfazione a tale esigenza di tutela. Evidentemente analoga esigenza di tutela non trova eco altrettanto diffusa e generalizzata per quanto concerne invece la categoria dei componenti del nucleo familiare stabilmente conviventi.
- b) Se poi assumessimo che la categoria dei "consumatori" del bene in oggetto (polizza RC Auto) debba abbracciare tutti gli assicurati come pure tutti coloro che devono sottoscrivere una tale polizza, allora non si può dire che la norma della Bersani 2 persegua l'interesse generale di tali consumatori, perché invece li discrimina ponendoli gli uni contro gli altri. Per chiarire: il vantaggio che viene riconosciuto a chi accede per la prima volta alla polizza per il solo fatto che egli è familiare convivente di un assicurato, poiché si traduce in una perdita per la compagnia (rispetto a ciò che avrebbe incassato se avesse potuto applicare la classe di merito che secondo i propri calcoli statistico-attuariali è appropriata), questa dovrà recuperare tale perdita spalmandola sugli altri assicurati RC Auto .
- c) In proposito si legge talvolta che la Bersani 2 conterrebbe un disincentivo. L'argomento non ci pare convincente per il semplice motivo che, nello stabilire le regole evolutive, la compagnia al verificarsi di un sinistro nel periodo di osservazione, potrebbe aumentare a volontà il salto ad una classe di merito più onerosa (purché ciò sia contrattualmente previsto) e perciò il neo assicurato rischierebbe di pagare un premio molto più alto: in altri termini la funzione del sistema bonus/malus rimane identica anche se la classe di ingresso è più favorevole rispetto a prima . Tuttavia a questo ragionamento potrebbe sempre opporsi quello – basato sulla nozione economica di vantaggio /svantaggio atteso – secondo il quale l'automobilista tende a sopravvalutare le sue capacità di evitare incidenti<sup>23</sup>.
- d) La nozione di interesse generale costituisce una eccezione ai principi fondamentali del Trattato in materia di libera prestazione di servizi e libero stabilimento e deve di conseguenza essere interpretata restrittivamente onde evitare che vi si ricorra "in modo eccessivo o abusivo"<sup>24</sup> .

<sup>21</sup> Seppure a fini diversi da quello che ci occupa.

<sup>22</sup> Causa C-55/94 *Gebhard* del 30 novembre 1995; causa C – 415/93 *Bossmann* del 15 dicembre 1995; causa C-250/95 *Futura* del 15 maggio 1997. Cfr. W.H. ROTH, "Das Allgemeininteresse im europäischen Internationalen Versicherungsvertragsrecht" in *Versicherungsrecht* , 1993, p. 132 .

<sup>23</sup> Si rimanda a quanto detto *retro* al punto 3 in fine.

<sup>24</sup> Così la Commissione nella Comunicazione cit., p. 17

## 9. Conclusioni.

In conclusione, siamo convinti che esistano argomenti per ritenere che la legge Bersani 2 non sia in conformità con la direttiva n. 92/49 e con i principi del Trattato, ma è difficile predire se essi abbiano un peso tale da potere indurre la Corte di Giustizia ad un *revirement* della sua giurisprudenza nei casi *Commissione / Francia* e *Commissione / Lussemburgo*, benché essa "sorprendentemente"<sup>25</sup> abbia seguito una strada che conduce a diversificazioni piuttosto che alla armonizzazione del mercato comune.

C'è però una convinzione, e cioè che dopo il tentativo – mal riuscito – di blocco delle tariffe RC auto nel 2000, finito poi con la condanna della Corte di Giustizia nel 2003, e con pregiudizio al sistema assicurativo italiano, lo stesso Governo di allora ci riprova ora – in modi meno rozzi – inserendo norme non derogabili nella libertà tariffaria, parte dell'acquis communautaire. Queste norme, al pari di quelle che le hanno precedute sul divieto del monomandato nell'agenzia, sono state qualificate come norme di "liberalizzazione": ma possono essere considerate tali quelle che restringono le libertà economiche?

---

<sup>25</sup> Cfr. anche il giudizio di BERR, CLAUDE J., *La discutible système français de "bonus/malus" sauvé par la Cour de Justice*, in *Revue trimestrielle de droit européen*, 2004, p. 739-744.



## **ELENCO PARTECIPANTI**



INIZIO ELENCO