I segugi dell'AGCM colpiscono ancora.

di Dario Mastria, avvocato in Milano, socio fondatore UNARCA

Che tenerezza mi fanno i segugi dell'AGCM. Se avessero dato la caccia ai conigli selvatici con lo stesso impegno con cui hanno studiato il sistema assicurativo italiano, a quest'ora il gustoso roditore sarebbe un animale estinto, nonostante la sua proverbiale capacità riproduttiva.

L'indagine AGCM del 2003

Dal 1° luglio 1994, in ossequio a quanto previsto dalla Terza Direttiva Danni della Comunità Europea, le imprese possono determinare liberamente le tariffe RCA, che, in precedenza, erano amministrate, ovvero stabilite annualmente da una commissione costituita presso il Ministero dell'Industria. I commentatori tutti accolgono con entusiasmo la novità: si sprecano gli inni al libero mercato, le invocazioni a Madonna Concorrenza, la quale garantirà tariffe più basse, nuovi prodotti, nuove modalità di distribuzione, minori costi di gestione.

Bastano un paio d'anni per comprendere che il mercato delle polizze RCA sta andando – ohibò – esattamente nella direzione opposta. All'AGCM cresce l'inquietudine e nel luglio 1996 si passa all'azione. I segugi vengono sguinzagliati, con l'obbiettivo di compiere una bella indagine conoscitiva riguardante il settore dell'assicurazione autoveicoli.

Il tempo, sette anni, che a qualcuno di voi è servito per sostenere tutti gli esami della facoltà di giurisprudenza, redigere la tesi, svolgere la pratica forense e sostenere l'esame, scritto e orale, per l'abilitazione, i segugi dell'AGCM lo impiegano per battere le campagne, guardare dietro ogni cespuglio, annusare ogni albero. Nell'aprile 2003, forse sfiancati ma sicuramente soddisfatti, danno finalmente alle stampe una ponderosa relazione di 242 pagine e così rendono pubbliche le loro straordinarie scoperte.

Scoperta numero 1 (il neretto è aggiunto) “ *Il calcolo dell'incremento del premio effettuato per diversi profili tariffari – quelli previsti dalla legge n. 57/2001 – tutti relativi ad un guidatore maschio (cui di regola sono associati premi meno elevati rispetto ad un conducente di sesso femminile), in possesso di un'autovettura di piccola cilindrata, mostra che, dal 1994 all'inizio del 2003, i premi sono almeno raddoppiati, spesso sono triplicati o quadruplicati, in taluni casi quintuplicati.*

L'aumento tariffario ha interessato tutti i profili, anche quelli a basso rischio: per la classe di massimo sconto il premio è aumentato almeno del 100%, con punte superiori al 200%, mentre era lecito attendersi che la competizione tra imprese si sviluppasse soprattutto in relazione a tali profili, per i quali, in un'ottica di selezione del rischio e di concorrenza, le imprese sarebbero state indotte a chiedere prezzi bassi, compensandoli con premi elevati per i profili rischiosi.

Per altro verso, i premi previsti da numerose imprese per i conducenti delle classi di malus più alte, sono talmente elevati da rendere di fatto impossibile, per alcune categorie di utenti, ottenere una copertura RCA. Richiedere premi superiori ai 5.000 al proprietario di un veicolo di 1.300 cc, che si trova in classe di ingresso perché si sta assicurando per la prima volta, equivale ad impedire a tale conducente di acquistare la copertura obbligatoria.

La descritta dinamica dei premi costituisce un'anomalia del mercato italiano RCA, atteso che, dal 1995 al 2002, il tasso di variazione dei premi è stato significativamente più elevato rispetto a quello registrato nei principali Paesi comunitari, dove, come già osservato, il mercato RCA presenta analoghe problematiche (lotta alle frodi, danno biologico, costo dei ricambi).

Né il valore più elevato dei premi RCA in Italia è riconducibile ad un'imposizione fiscale eccessiva rispetto a quella osservata altrove.

Per quanto riguarda Regno Unito e Francia, i Paesi comunitari dove le tariffe auto sono da tempo liberalizzate, la dinamica dei premi mostra quell'andamento ciclico che, secondo la teoria economica, dovrebbe caratterizzare i mercati assicurativi danni in un contesto competitivo, andamento che invece è del tutto assente qualora si osservi l'evoluzione dei premi RCA in Italia negli ultimi 10-12 anni”.

Scoperta numero 2 A pag. 36 la relazione contiene un'illuminante tabella. **Nell'anno 2002 i primi tre gruppi assicurativi nel ramo RCA controllavano esattamente la metà del mercato** (Fonsai 22%; RAS 16%; Generali 12%). Se aggiungiamo Toro (7,6%) e Unipol (7,22%), superiamo largamente il 60%. Se aggiungiamo anche Reale, Winterthur, Axa, Cattolica e Sara, scopriamo che **i primi dieci gruppi assicurativi detenevano congiuntamente una quota di mercato superiore all'85%.**

Ma non basta. Nel luglio 2000 sempre l'AGCM aveva concluso l'istruttoria avviata nei confronti di una trentina di imprese attive nel mercato assicurativo auto, deliberando che due distinti comportamenti costituivano intese restrittive della concorrenza e comminando sanzioni amministrative pecuniarie per un totale di circa 700 miliardi di lire (poi sostanzialmente confermate dal Tar e dal Consiglio di Stato)..

Traggo dal comunicato stampa AGCM dell'epoca. *“In relazione al rifiuto generalizzato opposto ai consumatori di sottoscrivere una polizza furto e incendio auto, se non congiuntamente ad una polizza RCA, l'Autorità ha accertato che il parallelismo di comportamento riscontrato nel mercato in questione è frutto della concertazione tra imprese e costituisce una pratica legante nella copertura di rischi non omogenei, come tale distorsiva della concorrenza.*

Di particolare gravità è stato ritenuto lo scambio di informazioni realizzato da numerosissime imprese di assicurazione (circa 40) nel settore dell'assicurazione auto. L'intesa ha preso la forma

di una complessa ed articolata pratica concordata tra imprese concorrenti, le quali, in violazione dell'art. 2, comma 2, della legge n. 287/90, hanno dato vita ad un intenso, prolungato e capillare scambio di informazioni sensibili sui prezzi delle polizze RCA e delle altre polizze inerenti l'assicurazione dell'autovettura. Si tratta di una grave violazione della normativa a tutela della concorrenza, in considerazione della rilevanza, dettaglio e frequenza delle informazioni scambiate - concernenti, tra l'altro, le condizioni commerciali e contrattuali effettivamente praticate da ciascuna impresa alla propria clientela - nonché dell'importanza e del numero delle imprese coinvolte, che rappresentano circa l'80% del mercato assicurativo auto. Tale circuito informativo, realizzato in forma istituzionalizzata dalle imprese attraverso una società terza, in particolare mediante l'adesione a specifici osservatori costituiti ad hoc, è risultato idoneo a determinare premi commerciali più elevati rispetto a quelli che si registrerebbero in un mercato concorrenziale. L'intesa ha avuto inizio nel periodo immediatamente precedente alla liberalizzazione (1993) e si colloca pertanto temporalmente in una fase particolarmente delicata del settore assicurativo in esame, ossia in un momento in cui si sarebbero dovute cogliere le nuove opportunità per uno sviluppo del mercato in senso concorrenziale”.

Il livello di concentrazione evidenziato, la sussistenza delle vergognose intese scoperte avrebbero dovuto far scattare nelle testoline dei segugi un campanello d'allarme, anzi, un'assordante sirena: e invece niente.

Scoperta numero 3 La convenzione CID, scrivono i segugi, non ha funzionato. Si applica a circa il 60% dei sinistri con danni a cose e prevede un complesso sistema di conguagli fra le imprese.

Il meccanismo dovrebbe incentivare le imprese a contenere le spese di liquidazione, contribuendo a ridurre il costo medio delle riparazioni. In realtà, tale sistema, oltre a determinare un aumento rilevante dello scambio di informazioni tra imprese, non ha influito in modo sostanziale sul costo dei sinistri, avendo *“generato una tendenza interna del sistema ad accettare incrementi dei costi anche elevati, in quanto le condizioni concorrenziali attenuate permettono di traslare sui premi i maggiori oneri”*.

Sette anni di duro lavoro non potevano però essere stati spesi invano: fiuta e fiuta, i segugi hanno, alla fine, trovato la pista giusta. Il panorama appare sconsolante (concentrazione, intese truffaldine, fallimento della convenzione CID), ma i segugi sono in grado di proporre la Soluzione, la Grande Idea, la Novità in grado di rivoluzionare il mercato della r.c.a.: è lui, l'Indennizzo Diretto¹.

Forti dei loro infiniti studi e sordi, come si è visto, a qualunque campanello d'allarme, ecco che cosa hanno il coraggio di scrivere.

¹ Per dare a Cesare quel che è di Cesare, bisogna dire che i segugi esprimono forti perplessità in merito all'adozione del Risarcimento Diretto in materia di lesioni.

“Dal punto di vista concorrenziale, infine, un sistema basato sull’indennizzo diretto presenta numerosi pregi:

i) stimola la ricerca della migliore compagnia da parte dei potenziali clienti;

ii) incentiva le imprese assicuratrici ad una concorrenza sulla qualità del servizio, perché, a differenza del sistema di indennizzo indiretto, chi gode dei miglioramenti qualitativi è il cliente dell’impresa che investe in tali miglioramenti. A tal fine le imprese di assicurazione saranno incentivate alla stipula di accordi con carrozzieri con l’obiettivo di spuntare condizioni migliori sotto il profilo qualitativo e/o quantitativo;

iii) favorisce un miglior controllo sui costi consentendo alle imprese maggiori margini di manovrabilità sul livello dei premi al fine di attirare il maggior numero di clienti.

L’esperienza internazionale suggerisce inoltre che:

i) le regole e l’entità delle compensazioni siano stabilite in maniera certa ed ex ante rispetto ai sinistri da indennizzare;

ii) le compensazioni non debbano essere commisurate all’ammontare dei singoli risarcimenti, in quanto un pieno recupero dell’indennizzo corrisposto in occasione di ogni sinistro non incentiva le imprese a controllare i costi e richiede uno scambio di informazioni disaggregato a livello di singolo sinistro”.

Di fronte a simili certezze, frutto di cotanta ricerca, come volete che chi di dovere desse retta a quei poveri sfigati dell’Unarca, che predicavano, insieme invero a tanti altri, il fallimento del risarcimento diretto?

L’indagine del 2013

Le mani ancora spellate per gli applausi frenetici con cui avevano salutato l’introduzione del risarcimento diretto, gli uomini dell’AGCM accolgono con sorpresa le grida di dolore che iniziano subito a provenire dalle Associazioni dei Consumatori, sponsor anch’esse della Grande Riforma. La storia si ripete: il mercato delle polizze RCA non sta andando affatto – ohibò – nella direzione auspicata. E così, nel maggio 2010, ritemprati da sette anni di meritato riposo, i segugi vengono nuovamente sguinzagliati. Stavolta, in confronto ai sette anni occorsi per l’indagine precedente, le conclusioni arrivano quasi fulminee, si fa per dire. Il 6 febbraio 2013 l’indagine è conclusa: è pronto un altro bel tomo di 172 pagine.

Stavolta che cosa hanno scoperto i nostri meravigliosi segugi?

Scoperta numero 1 Il grado di concentrazione del mercato è ulteriormente cresciuto. La fusione di Unipol e Fonsai, ha addirittura comportato “*la costituzione di un operatore dotato di una posizione dominante*”, con una quota di mercato del 37%. Se aggiungiamo Generali (16,2%) e Allianz (12,3),

i primi tre gruppi controllano adesso i 2/3 del mercato r.c.a., mentre i primi dieci gruppi detengono congiuntamente una quota dell'89%.

Scoperta numero 2 Gli aumenti annui medi delle polizze RC Auto a livello provinciale sul periodo 2007-2010 hanno raggiunto il 20% all'anno nel caso di un neo-patentato con un'autovettura di piccola cilindrata, il 16% all'anno per un quarantenne con un'autovettura di media cilindrata, il 9 - 12% all'anno per un pensionato (donna o uomo) con un'autovettura di piccola cilindrata, il 12- 14% all'anno per un diciottenne (donna o uomo) con un ciclomotore e superato il 30% annuo per un quarantenne (donna o uomo) che assicura un motociclo e questo sebbene la numerosità dei sinistri (CARD e NO CARD) si sia ridotta sia considerando l'arco temporale 2007-2010, ovvero dal momento dell'introduzione della procedura di risarcimento diretto, sia considerando l'intervallo di tempo 2008-2010. Tale andamento del tasso di sinistrosità è spiegato dalla progressiva riduzione dei sinistri NO CARD sul periodo 2008-2010 (24-28%) e dalla riduzione del numero dei sinistri CARD iniziata nel 2010 e dovuta al diffondersi del fenomeno dell'autoliquidazione².

Se si considera il periodo 2006-2010, la crescita annua dei prezzi per l'assicurazione dei mezzi di trasporto registrata in Italia è quasi il doppio di quella della zona Euro e quasi il triplo di quella registrata in Francia.

E gli esaltati pregi dell'Indennizzo Diretto, che – ricordate - *stimola la ricerca della migliore compagnia da parte dei potenziali clienti, incentiva le imprese assicuratrici ad una concorrenza sulla qualità del servizio e favorisce un miglior controllo sui costi consentendo alle imprese maggiori margini di manovrabilità sul livello dei premi al fine di attirare il maggior numero di clienti?*

Tutte previsioni clamorosamente errate.

La ricerca della miglior Compagnia? Balle. I segugi hanno scoperto che non sono ancora sufficientemente sviluppati motori di ricerca o servizi di preventivazione in grado di supportare efficacemente il consumatore nell'individuazione della polizza RC più conveniente e, soprattutto, che le Compagnie hanno architettato un raffinato sistema di classi interne di merito che dissuade l'assicurato dal cambiare Assicurazione.

La qualità del servizio e il controllo dei costi? Balle. Sentite che cosa scrivono testualmente i segugi (il neretto è aggiunto). ***“Le compagnie tendono comunque a seguire eventuali aumenti di prezzo dei concorrenti a prescindere dall'andamento dei propri costi. In altre parole, il rimborso delle compagnie (gestionarie) su base forfetaria fa sì che in ogni istante vi siano compagnie, meno efficienti, che vengono penalizzate dal meccanismo di rimborso e compagnie, più efficienti, che ne beneficiano. L'assenza di adeguata pressione competitiva fa sì che nel mercato imprese meno***

² L'assicurato preferisce risarcire direttamente il danno per evitare lo scatto del malus.

efficienti riescano a coesistere con imprese più efficienti; le prime trasferiscono i (maggiori) costi connessi alla loro inefficienza sui premi; le seconde beneficiano di margini più ampi, dati dalla differenza tra il prezzo di mercato e i loro costi. Tali meccanismi determinano un circolo vizioso tra premi e costi verosimilmente in grado di innescare una pressione (unidirezionale) al rialzo sui premi. (...) Le compagnie sembrano, inoltre, aver attuato strategie di contenimento dei costi dei risarcimenti attraverso selezioni mirate del proprio portafoglio assicurati anziché dedicando risorse adeguate volte a ridurre i costi e far sì che i risarcimenti corrisposti mantengano una stretta relazione con i danni subiti dagli assicurati. Ciò è indicativo di una situazione di mercato nella quale le inefficienze vengono trasferite sui premi, con le imprese più efficienti che preferiscono realizzare margini più elevati anziché competere aggressivamente per aumentare la propria quota di mercato a danno delle imprese meno efficienti, godendo di forfait elevati”.

Insomma, “le compagnie tendono comunque a seguire eventuali aumenti di prezzo dei concorrenti a prescindere dall’andamento dei propri costi”.

E la lotta delle Compagnie alle truffe assicurative? Non pervenuta. Il numero delle frodi accertate dalle compagnie in Italia si è attestato su valori non superiori al 2,5% del numero totale dei sinistri, una percentuale significativamente inferiore al numero delle frodi accertate dalle compagnie nei principali paesi Europei, come il Regno Unito e la Francia, dove l’incidenza dei sinistri con frode è rispettivamente pari al 10% e al 5%.

Quasi me li vedo, poveri segugi, a testa bassa, la lingua penzoloni, la coda fra le gambe, costretti ad ammettere che l’introduzione della procedura CARD non ha affatto modificato le precedenti dinamiche dei premi e dei costi, “*ma piuttosto dato luogo ad ulteriori elementi di criticità*” e a redigere queste sconsolate conclusioni. “*In sostanza, sembra che le compagnie abbiano finora adottato un’ottica di breve termine nel contenere i costi dei risarcimenti, intervenendo sulla composizione del proprio portafoglio e/o recuperando i costi derivanti dai fenomeni fraudolenti dai premi, anziché investire risorse adeguate in efficaci meccanismi di controllo dei costi. (...) Il lavoro svolto nell’indagine ha, inoltre, messo in luce alcune criticità derivanti dalla implementazione della procedura CARD, che possono aver distorto gli incentivi delle compagnie. In particolare, la scelta, effettuata al momento di avvio della procedura, di rimborsare le compagnie su base forfetaria³, può averle indotto ad attuare strategie di selezione di portafoglio particolarmente mirate, volte a ridurre il numero di assicurati che, a parità di condizioni, tendono a subire sinistri con risarcimenti elevati (superiori al forfait). In altre parole, invece di sfruttare le possibilità offerte dalla procedura per accertare l’effettiva congruenza dei risarcimenti vantati, le compagnie hanno preferito escludere dal proprio portafoglio i rischi con i costi attesi più elevati (e*

³ Il rimborso su base forfetaria è proprio la soluzione caldeggiata nel rapporto 2003 dall’AGCM!

superiore al forfait). Inoltre, le evidenze prodotte nell'indagine sembrano suggerire che le perdite realizzate nell'ambito della gestione dei sinistri CARD siano state compensate con aumenti di premio”.

Dopo una simile figuraccia, l'ingenuo lettore dell'indagine sarebbe portato a immaginare che i segugi stavolta si siano astenuti dal dispensare consigli e dal formulare auspici. E invece no, anzi. Stavolta, però, i segugi non hanno voluto sbagliare da soli. Sono andati alla ricerca di una fonte di saggezza a cui abbeverarsi e hanno infine trovato un prestigioso oracolo a cui prestare ascolto: nientemeno che la notoriamente disinteressata Associazione Melchiorre Gioia. Quali segreti ha svelato ai segugi l'oracolo gioioso? Leggiamo con avidità: *“la valutazione del danno alla persona a seguito di sinistro viene effettuata sulla base della documentazione prodotta dal danneggiato che attesta le patologie riscontrate e a seguito di visita medica da parte del medico legale. Sulla scorta di tali elementi il medico legale del danneggiato esprime un punteggio, che, pur dovendo in teoria risultare uniforme, dovrà essere confrontato con quello derivante dalla valutazione effettuata dal medico legale dell'assicurazione. A ciò devono aggiungersi le spese mediche, i giorni di degenza il danno morale nella misura in cui ne viene riconosciuta la risarcibilità. Per come è strutturato, tale processo [...] si presta a varie forme di abuso volte a far lievitare l'ammontare dei risarcimenti corrisposti dalle compagnie per i danni subiti e le relative spese mediche. Il caso più eclatante, ma non l'unico, è quello dei risarcimenti per le lesioni di lievi entità (o lesioni micropermanenti), gran parte delle quali sono costituite da “trauma da distorsione del rachide cervicale” o più comunemente da “colpo di frusta”. Dei circa 3,5 miliardi di Euro corrisposti dalle compagnie per il risarcimento delle lesioni di lievi entità (dato da relazione ANIA 2009/2010), circa 1,5 miliardi (il 43% circa) sono dovuti ai colpi di frusta. Per tale patologia, che è raramente obiettivabile, né normalmente risulta da accertamento clinico strumentale, e nel 90% dei casi non dà luogo ad effetti permanenti, le compagnie corrispondono risarcimenti nell'ordine dei 2000 Euro cadauno. Spesso, al solo fine di ottenere risarcimenti maggiori, i danneggiati producono certificazione relativa a esami strumentali che nulla hanno a che vedere con detta patologia, il che comporta un aumento dei costi dei risarcimenti per le compagnie a titolo di spese mediche oltre a indurre sopravvalutazioni fuorvianti del danno [...] l'intensità dei fenomeni speculativi connessi alle lesioni micro-permanenti e, in particolare ai colpi di frusta, risulta amplificata dall'esistenza di una filiera di intermediari attivi nel campo dell'infortunistica stradale, che, a vario titolo intervengono nella gestione del sinistro. L'intervento di tali intermediari [...] che spesso agiscono come veri e propri “collettori di sinistri”, spesso produce l'effetto di far lievitare i risarcimenti corrisposti dalle compagnie; si può rilevare che colui che ha subito il sinistro percepisce soltanto una piccola parte del risarcimento corrisposto dalle compagnie per un “colpo di frusta” (in media pari a circa 2000*

Euro). La rimanenza va ad alimentare la 'filiera' di intermediari che interviene nella gestione del sinistro che fa sì che ciò che alle compagnie potrebbe costare relativamente poco finisce per costare molto di più, a detrimento del grado di efficienza del sistema [...] Anche il fatto che a volte le compagnie rimborsino le spese mediche o di riabilitazione senza la presentazione di idonea fattura o addirittura su "note pro-forma", costituisce prassi che alimenta la diffusione dei fenomeni speculativi connessi al risarcimento dei danni alla persona".

Di fronte a una tale accozzaglia di luoghi comuni, di scempiaggini e di insinuazioni ai limiti della querela penale per calunnia, si resta senza parole. Con simili suggeritori alle spalle, il livello delle nuove proposte avanzate dai dei segugi non poteva che essere imbarazzante. Eccole.

1) il rimborso alla compagnia gestionaria dovrebbe avvenire, sempre tramite stanza di compensazione, sulla base di un forfait definito secondo le modalità attualmente in vigore, ma decurtato di una percentuale (c.d. il "recupero di efficienza").

Ma se l'attuale sistema non funziona, non potrà certo essere questo fumoso aggiustamento a trasformare in un successo una disfatta dovuta a ben altre ragioni, peraltro ben comprese e ben spiegate dagli stessi segugi.

2) introduzione di clausole contrattuali, facoltative per l'assicurato e associate a congrui sconti di premio, così articolate:

- risarcimento in forma specifica del danneggiato presso servizi di riparazione individuati (e remunerati) dalle compagnie*
- prestazioni di servizi medico-sanitari resi da professionisti individuati (e remunerati) dalle compagnie*
- installazione della c.d. 'scatola nera', ovvero l'adozione di strumenti in grado di consentire la verifica della dinamica del sinistro*
- il pagamento delle spese per le riparazioni dei veicoli e dei compensi per le eventuali prestazioni professionali soltanto dietro presentazione di fattura (non quindi dietro mera presentazione di altri documenti), o, alternativamente, riparazione presso strutture individuate (e remunerate) dalle compagnie e ricorso a prestazioni medico/legali presso professionisti sempre scelti (e remunerati) dalle compagnie.*

Ed eccoci alle comiche. Il risarcimento in forma specifica, come lo chiamano loro, e la scatola nera (denominazione infelice che suscita l'immediato impulso a gesti apotropaici) sono strumenti che esistono già e non funzionano, perché le Compagnie li hanno, di fatto, boicottati, come proprio i segugi descrivono nel loro rapporto.

Lo vedete, poi, il danneggiato visitato e curato da specialisti convenzionati con le Compagnie, i quali, sprezzanti del pericolo, prescrivono terapie, esami o rilasciano certificati di malattia, senza

paura di scontentare Mamma Compagnia (che li paga e che, se insoddisfatta, potrebbe recedere dalla convenzione?).

Lo vedete, infine, il danneggiato sottoposto a visita medico/legale da parte di due specialisti scelti e remunerati entrambi dalla stessa Compagnia? Che bello spettacolo ne verrebbe fuori! Nei giorni pari A fa la parte del medico buono e B quella del medico cattivo; nei giorni dispari i ruoli si invertono, come facevano Vittorio Gassman e Salvo Randone ai tempi dell'Otello.

E il pagamento soltanto dietro presentazione di fattura? Certo, per i segugi è inconcepibile che un danneggiato non sia in grado di pagare le riparazioni o le prestazioni professionali ricevute. I quattro componenti del Collegio guadagnano circa 250.000 Euro l'anno, i dirigenti dell'Autorità hanno tutti stipendi a 5 zeri e l'intero baraccone costa ai contribuenti oltre 16 milioni di Euro l'anno.

3) interventi che consentano una maggior efficacia e certezza nelle fasi di accertamento e liquidazione dei danni. In particolare sarebbe necessario:

pervenire in tempi brevi all'adozione della tabella unica, a livello nazionale, per l'attribuzione del valore alle menomazioni di non lieve entità di cui all'art. 138 del Codice delle Assicurazioni Private, così da avere criteri certi per la determinazione del relativo danno biologico;

eliminare qualunque elemento di incertezza in merito alle condizioni per ritenere non rimborsabile un danno biologico permanente derivante da lesioni di lievi entità (c.d. micropermanenti) attraverso un intervento normativo che elimini il riscontro visivo quale possibile modalità di accertamento alternativa a quella strumentale

dare la possibilità di ispezionare i veicoli danneggiati nel corso di un sinistro (CARD) anche alla compagnia del responsabile.

prevedere, con adeguati meccanismi di enforcement da parte del regolatore, nei casi di risarcimento per equivalente (ovvero quando l'assicurato ritenga di non procedere alla riparazione o di rivolgersi al proprio riparatore di fiducia), che le compagnie verifichino nei termini per presentare l'offerta di cui all'art. 148 del codice delle assicurazioni private, l'effettività e la consistenza dei danni da risarcire ispezionando il veicolo

Per favore, qualcuno avvisi i segugi che una Tabella Unica nazionale c'è già, ed è quella del Tribunale di Milano, e che immaginare una norma che elimini il riscontro visivo (rectius clinico) quale modalità di accertamento è un'autentica bestialità, che contraddice le basi elementari della criteriologia medico legale. Mi rendo conto, cari segugi, che per voi è difficile da capire; vediamo se con un esempio (tratto dalla relazione che il prof. Ronchi ci ha fatto l'onore di pubblicare sul nostro sito) ci arrivate: *“Che dire, poi, di una giovane donna che presenta una “brutta” cicatrice cutanea ad una coscia, correttamente meritevole di una stima per danno biologico permanente*

nella misura del cinque%, secondo tabelle medico-legali di corrente uso? Non potrà essere risarcita perché (ovviamente!) mai ebbe a sottoporsi ad un accertamento strumentale, del tutto inutile?”.

Qualcuno ha detto che i quotidiani, il giorno dopo, sono buoni soltanto per incartare il pesce. Indovinate che cosa sto facendo io con le pagine del rapporto dell'AGCM.