

Il Denaro

“TRUFFA IN NOME DELLA LEGGE”

***LE NUOVE FRONTIERE DELLA CRIMINALITA’
NEL SETTORE ASSICURATIVO***

di Antonio Coviello e Maurizio Vallone

con il patrocinio dell’Automobile Club di Napoli

Napoli – Antisala dei Baroni – Maschio Angioino –
Lunedì 3 luglio 2000 ore 10

Antonio Coviello
Docente di Economia e Tecnica dell'Assicurazione
Università di Salerno

Maurizio Vallone
Vice Dirigente Squadra Mobile
Questura Napoli

IL DENARO

Invitano alla presentazione del volume

“TRUFFA IN NOME DELLA LEGGE” LE NUOVE FRONTIERE DELLA CRIMINALITA' NEL SETTORE ASSICURATIVO

Prefazione di Antonio Corbo – Capo Redattore del quotidiano “La Repubblica”

Interverranno:

On. Alfonso Pecoraro Scanio – Ministro delle politiche agricole
On. Aniello De Nardo – Sottosegretario al Ministero dell'interno
On. Franco Frattini – Presidente Commissione Bicamerale sui Servizi Segreti
On. Mario Landolfi – Presidente Commissione Bicamerale Vigilanza RAI
Sen. Massimo Villone – Presidente Commissione Affari Costituzionale del Senato della Repubblica
Sen. Emidio Novi – Commissione Bicamerale Antimafia
On. Michele Giardiello – Commissione Trasporti della Camera dei Deputati
On. Paolo Russo – Commissione Lavori Pubblici e Territorio della Camera dei Deputati
Avv. Riccardo Marone - Sindaco di Napoli
Dr Diego Marmo – Procuratore Aggiunto Procura della Repubblica di Napoli

Moderatore: Massimo Milone – giornalista RAI

La manifestazione si terrà lunedì 3 luglio 2000, alle ore 10, presso l'Antisala dei Baroni del Maschio Angioino con il patrocinio dell'Automobile Club di Napoli.

PREMI CHE AUMENTANO ALLE STELLE, POLIZZE DISDETTATE, IMPOSSIBILITA' DI TROVARE COPERTURA ASSICURATIVA PER LA PROPRIA AUTOVETTURA, RITIRO DAL TERRITORIO CAMPANO DELLE MAGGIORI COMPAGNIE ASSICURATRICI, PERDITA DI MIGLIAIA DI POSTI DI LAVORO, ARRICCHIMENTI ILLECITI DOVUTI ALLE TRUFFE, FALSI TESTIMONI ED ASSENZA DI CONTROLLI CHE FINO AD OGGI HANNO AUTORIZZATO LE COMPAGNIE AD EFFETTUARE "IN NOME DELLA LEGGE" UN PRELIEVO FORZOSO DAI BILANCI FAMILIARI.

QUESTO E' LO SCENARIO DA CUI HANNO PRESO LE MOSSE GLI AUTORI PER INDICARE CAUSE, MODALITA' E POSSIBILI RIMEDI AD UNA COMPLESSA EMERGENZA ECONOMICO - SOCIALE

NUOVE FRONTIERE DELLA CRIMINALITA' LA PIOVRA RC AUTO – TRUFFA IN NOME DELLA LEGGE

di **Antonio Coviello e Maurizio Vallone**

PREFAZIONE di Antonio Corbo

Cap. 1° IL FENOMENO ASSICURAZIONI AUTO di Antonio Coviello

- 1.1) Il trend positivo del settore assicurativo nell'economia nazionale ed internazionale
- 1.2) Il dato RC Auto in controtendenza
- 1.3) L'emergenza tariffe
- 1.4) Un mercato autoregolamentato

Cap. 2° LE TRUFFE NEL RAMO RC AUTO di Maurizio Vallone

- 2.1) Il fenomeno truffa
- 2.2) Le modalità delle truffe
- 2.3) L'attività di contrasto

Cap. 3° I PUNTI DI CRISI DEL SISTEMA di Maurizio Vallone

- 3.1) I punti di debolezza
- 3.2) Le soluzioni possibili

Conclusioni - di Antonio Coviello e Maurizio Vallone

APPENDICE

- 1) documento conclusivo indagine conoscitiva della Commissione Finanze della Camera dei Deputati
- 2) Audizione dell'Antitrust e relative memorie
- 3) disegno di legge sul Consorzio delle Compagnie Assicurative

CAPITOLO I

IL FENOMENO ASSICURAZIONI RC AUTO

di Antonio Coviello

1.1.IL TREND POSITIVO NELL'ECONOMIA NAZIONALE ED INTERNAZIONALE

LO STATO DI SALUTE DEL SETTORE ASSICURATIVO

Al fine di meglio comprendere gli argomenti trattati nel seguente lavoro, appare indispensabile procedere ad una disamina di alcuni dei dati più significativi relativi al settore delle assicurazioni in genere (i dati sono riferiti a quelli ultimi pubblicati "L'assicurazione italiana nel 1999"- Ania – maggio 2000).

Nel 1999 si è registrato nel comparto assicurativo un tasso di crescita elevato. La raccolta dei premi, in particolare nel settore vita, che ha superato il ramo danni, è stata notevole.

I premi complessivi raccolti dalle compagnie aventi sede legale in Italia, sono stati nel 1998 pari a 111.278,4 miliardi (+ 21% rispetto al 1997), e per il 1999 pari a 126.933 miliardi (+16,2 rispetto al 1998). In particolare 55.171 miliardi sono stati raccolti nel ramo danni e 71.762 nei rami vita, con un aumento rispettivamente dell'1,8% e 30,4%.

La ripartizione dei premi tra i rami danni e vita si è sempre più spostata a favore di quest'ultimi, che hanno aumentato il loro peso sul totale dei premi, passando dal 38,6% del 1996 al 45,1% del 1997, al 50,8% del 1998 ed al 56,5 del 1999.

I premi ceduti in riassicurazione nel 1999 sono stati 10.171, riducendo la loro incidenza sui premi lordi dal 10,1% del 1998 al 8%. E' cresciuta, quindi, la propensione delle imprese a conservare e gestire direttamente i rischi assunti.

Dai nuovi modelli di conto economico è facilmente rinvenibile il risultato dell'attività ordinaria e straordinaria , quindi l'utile o la perdita d'esercizio.

Il risultato dell'attività ordinaria, danni e vita, è stato positivo per 4.619 miliardi (contro i 2.918 miliardi del '98). Esso è stato determinato soprattutto dal sensibile aumento dei proventi ordinari e dalla riduzione delle spese di gestione.

I proventi netti ordinari e straordinari, vita e danni, hanno raggiunto 22.566 miliardi.

L'esercizio 1999 è stato chiuso quindi con un utile di 3.463 miliardi (2.287 nel 1998), con un'incidenza dell'utile sui premi del 2,7% (ciò determinato soprattutto dal buon andamento dei rami vita).

In particolare nei rami danni (nel mentre per il 1998 si era avuta una perdita di 71 miliardi e nei rami vita un utile di 2.577,2), nel 1999 si è registrato un utile di 174 miliardi, mentre per il vita un utile di 3.289 miliardi.

Il patrimonio netto è stato pari a 60.939 miliardi, con un incremento dell'11,7 rispetto al 1998 (nel '98 di 56.650 miliardi con un incremento di circa il 10%, che testimonia mediamente l'alto grado di affidabilità del settore).

Le riserve tecniche, che rappresentano gli impegni assunti nei confronti degli assicurati, ammontano a 380.785 miliardi, con un incremento del 19%.

Le imprese di assicurazione in esercizio sono (al 1998) 252, di cui 205 aventi sede legali in Italia e 47 rappresentanze di imprese estere, per la maggior parte (41) comunitarie.

CONFRONTI INTERNAZIONALI

Il mercato assicurativo mondiale nel 1998 ha raccolto 2.155 miliardi di dollari. Il tasso di crescita reale è stato pari al 2,3 (4,5% nel 1997).

In particolare, l'assicurazione vita ha raccolto 1.264 miliardi, registrando una crescita pari al 4,1 (7,7% nel 1997-1,3% nel 1996), e l'assicurazione danni 891 miliardi di dollari, con una diminuzione dello 0,1% (0,2 nel '97 e 0,6% nel 1996), da imputare soprattutto ai mercati asiatici, che rappresentano in totale una quota pari al 26,5% della raccolta premi mondiale.

A livello europeo la crescita reale è stata del 3,4% (5,8% nel '97-4,8% nel 1996).

La quota di mercato delle imprese europee è stata pari al 32,4% della raccolta dei premi mondiale (31,4 nel '97).

I PRINCIPALI MERCATI DELL'UNIONE EUROPEA

Il mercato assicurativo dell'Unione Europea ha raccolto nel 1998 premi per 558.514 milioni di ECU, registrando un tasso di crescita del 2,7%.

In particolare, l'assicurazione vita è cresciuta del 6,5% (14,1% nel '97- 15,9% nel 1996) e l'assicurazione danni una diminuzione del 2,1% (+2,8 nel '97).

Hanno chiuso il 1998 con tassi di crescita superiori alla media l'Irlanda (26%), il Belgio (19,6%), l'Olanda (18,8%), il Portogallo (17,8%), il Lussemburgo (12,7%), la Grecia (8,4%)

L'Italia ha raccolto premi per 50.984 milioni di ECU, registrando un tasso di crescita del 21,5% (18,5 nel 1997): nel ramo vita il tasso di crescita è del 39%, nei rami danni è del 7% (5,1 nel 1997) .

IL TREND POSITIVO DEL FENOMENO ASSICURATIVO IN ITALIA²

Il primo semestre 1999 è stato considerato "d'oro" per il settore assicurativo. La raccolta premi complessiva, al 30 giugno scorso, ammontava infatti a 60.578 miliardi di lire, con un incremento del 31.3% sullo stesso periodo del 1998.

Il risultato netto pari a 2.670,6 miliardi, ha superato addirittura di quasi il 50% quello messo a segno alla metà dell'esercizio precedente (quando la crescita era stata del 24,5%).

E' quanto emerge dall'analisi dei bilanci delle 16 compagnie quotate in Italia, realizzata dalla Banca Steinhauslin in collaborazione con lo studio Landi & Partners.

A trascinare lo sviluppo del settore è il ramo Vita, il cui peso sull'intero portafoglio è passato dal 49,3% al 58,5%, realizzando il sorpasso storico sul comparto Danni.

I premi del settore Danni sono, a loro volta, aumentati del 7,3%, attestandosi a quota 25.113 miliardi, con una flessione relativa per quanto riguarda la RC Auto, passata da 24,9 al 21,2% del totale. Le attività Vita, trascinate dalle performance del canale distributivo bancario, hanno superato la soglia dei 35mila miliardi, facendo

² Tratto da il "SOLE 24 ORE"

registrare un tasso di crescita del 56% sul primo semestre del 1998 (che aveva avuto un incremento del 49,9% rispetto al '97).

E' l'attività di *bancassurance* la vera gallina dalle uova d'oro del settore, che ha chiuso il semestre con un utile netto di oltre 2.670 miliardi, in crescita del 49,8% sullo stesso periodo del precedente esercizio. Le polizze vendute allo sportello rappresentano ormai il 55% e, considerando i premi di nuova produzione, la loro penetrazione è salita al 71 per cento. In questo nuovo contesto si riduce progressivamente la quota del canale tradizionale di distribuzione rappresentato dagli agenti.

CONFRONTI

Il mercato assicurativo, dunque, oggi, in Italia, appare in decisa evoluzione, ma ancora troppo poco sviluppato.

L'operazione Generali – Ina ha dato un'accelerata al processo di cambiamento in atto. Il gruppo di Trieste, infatti, ha consolidato la sua leadership in Italia dove ha raggiunto una quota del 26%, lanciando una sfida ad un settore che ha ancora diversa strada da percorrere per coprire le distanze che lo separano dai principali partner Europei. Distanze che attengono sia alle dimensioni del mercato, sia alla struttura delle imprese.

Il gruppo Generali oggi detiene una quota di mercato più alta di quella di Axa in Francia (15%) e di Allianz in Germania (17%) ed è nella classifica dei big europei, conquistando il terzo posto TAB.

In valore, tuttavia, la raccolta del maggiore gruppo italiano è inferiore rispetto a quella dei maggiori concorrenti europei e, il mercato italiano, presenta, nel suo complesso, ancora dimensioni modeste.

E' vero che recentemente si è registrata un'accelerata dei tassi di crescita, favorita sostanzialmente dalla brillante performance del Vita, il cui peso sul portafoglio complessivo ha superato il ramo danni, ma appare ancora marcato il divario con altri mercati (nonostante l'incremento medio annuo del 6,6%).

Con una raccolta premi pari a circa 100miliardi di lire, il contributo del settore assicurativo al Pil supera infatti di poco il 4%. Un'incidenza pari ad un terzo rispetto a quella del Regno Unito (11,2%), alla metà circa della Francia (9,3%) e due punti sotto la Germania (6,5%). Il confronto è vinto solo con la Spagna esclusivamente se si considera l'importo del premio pro-capite (830 dollari a fine '97 contro 726).

Molteplici sono le cause del divario evidenziato.

Se si considera la domanda, la scarsa propensione dimostrata dalle famiglie italiane ad aprire un ombrello assicurativo privato si spiega

con la storica copertura che, almeno finora, lo Stato sociale ha garantito ai bisogni previdenziali e sanitari. Se, invece, si considera il versante dell'offerta, si nota che le compagnie, salvo poche eccezioni, hanno dimostrato uno scarso orientamento al mercato, una conoscenza limitata dei propri clienti e ridotte capacità di proporre prodotti e servizi in grado di incentivare la domanda.

Il sistema assicurativo italiano è peraltro caratterizzato da un'elevata frammentazione. I primi cinque gruppi (Generali – Ina, Allianz Ras, Fondiaria, Sai, Toro) concentrano il 55% circa dei premi diretti ed indiretti del mercato italiano; seguono, poi, più di cento piccole compagnie che contribuiscono con appena il 10% alla raccolta del totale.

Oltretutto, nell'ultimo decennio si è assistito ad un aumento numerico delle compagnie italiane e ad una loro riduzione della dimensione media. Dall'inizio degli anni 90 – come spiega il recente rapporto di Value Partners – le imprese assicuratrici italiane sono cresciute di 9 unità, quelle tedesche sono diminuite di 80 e quelle francesi di 148. Nello stesso arco di tempo, la dimensione media delle compagnie italiane, pur partendo da valori sostanzialmente omogenei rispetto a quelli di altri Paesi europei (intorno ai 120-130 milioni di dollari), è andata via via riducendosi (oggi è il 60% di quella francese e l'80% di quella tedesca). Di conseguenza la dimensione media delle compagnie europee, a differenza di quanto si è verificato in Italia, è cresciuta molto più del mercato.

In realtà qualcosa sta muovendosi nello scenario italiano, tra integrazioni e acquisizioni. Molta strada resta da fare; quello dimensionale non è un problema da poco: la scala favorisce sinergie sul fronte delle professionalità, capacità d'investimento in tecnologie ed innovazione, maggiore efficienza. Basti, ad esempio, pensare all'indice di produttività: l'importo medio dei premi per addetto è pari a 350.000 dollari in Italia, la metà circa rispetto al valore gestito in Francia e in Germania, con un divario che è andato accentuandosi nel corso dell'ultimo decennio.

1.2 UN DATO IN CONTROTENDENZA

I RISULTATI ECONOMICI R.C.A.

Secondo gli ultimi dati forniti dall'ISVAP e dall'ANIA, il ramo RC auto negli ultimi anni è stato sempre in perdita. In particolare nel 1999 il risultato del conto tecnico è stato negativo per 3.752 miliardi, che scendono a 3.302 miliardi tenuto conto del saldo della riassicurazione, con un'incidenza sui premi del 12,9% (nel 1998, invece, si è registrato un saldo negativo di 3.368 miliardi pari a meno 14,8 punti percentuali rispetto ai premi, che si riduce a 2.850 miliardi se si considerano le riassicurazioni).

Secondo le associazioni dei consumatori, vi sarebbe un rapporto di proporzionalità diretta tra l'entità delle perdite e l'incremento delle riserve che, a partire dalla liberalizzazione, sarebbe pari in media al 5% annuo: gli assicuratori, infatti, aumenterebbero arbitrariamente le riserve per lucrare i rendimenti che ne derivano.

Secondo l'ANIA, invece, l'entità delle riserve sarebbe rigidamente parametrata alle prescrizioni legislative e alle dettagliate disposizioni dell'Istituto di vigilanza che impongono la congruità delle riserve. Inoltre, l'ISVAP, tra il 1994 e 1998, ha verificato, con riferimento ad alcune imprese, rilevanti inadeguatezze nelle iscrizioni dei debiti di bilancio; in particolare sono state verificate delle insufficienze di riserva.

Per la delicatezza della questione al riguardo è intervenuta anche l'Autorità antitrust, preoccupata dal crescente e costante aumento delle riserve sinistri. Il Presidente dell'Autorità, durante alcune audizioni, non ha mancato di sottolineare la eccessiva discrezionalità delle imprese nella stima dei sinistri posti a riserva, in considerazione della forte incidenza di tale componente nella determinazione delle tariffe.

E' da considerare che l'aumento del costo medio dei sinistri è passato dai 3.049.000 del 1994 ai 4.402.000 del 1998, con un incremento pari al 44,37%. Il fattore che maggiormente ha inciso su tale aumento è stato il costo medio dei sinistri con danni personali, vale a dire il danno biologico ed il danno morale. Infatti, il numero dei sinistri con danni alla persona ha raggiunto nel 1998 il 17% del totale dei sinistri denunciati rispetto a quello del 9% registrato nel 1994. In termini di somme liquidate, i danni alla persona hanno raggiunto il 53,5% dell'importo totale dei risarcimenti.

Va sottolineato che i criteri di riconoscimento del danno biologico hanno registrato ad oggi difformità e variabilità tra le diverse aree

territoriali del paese, dal momento che gli organi giurisdizionali hanno adottato ciascuno proprie tabelle valutative dei punti di invalidità.

Questa è stata sicuramente una situazione inaccettabile ed iniqua. Risulta, dunque evidente un maggior chiarimento e perfezionamento del disegno di legge governativo, relativo alla definizione dei parametri quantitativi per il risarcimento del danno biologico.

LA DETERMINAZIONE DEI PREMI ASSICURATIVI

Ma per cercare di capire meglio il fenomeno degli aumenti delle tariffe rc auto, e delle varie componenti che incidono su di esso (oggetto di studio in questo lavoro), appare utile soffermarsi su come viene determinato tecnicamente il premio assicurativo.

Il prezzo, secondo una definizione più generale, rappresenta la valorizzazione dell'offerta complessiva dell'impresa, definita da tutti gli elementi di prodotto, di servizio e di comunicazione utilizzati per portarla nella sfera di disponibilità del cliente e occupa una posizione centrale nel processo di scambio, assumendo diversi significati per gli attori presenti sul mercato.

Il problema della determinazione e dell'amministrazione dei prezzi di vendita assume, quindi, un ruolo importante nell'elaborazione del programma di *marketing*, in quanto il fattore prezzo rimane quello su cui, in definitiva, si impostano le comparazioni finali dei consumatori. Peraltro, per prodotti difficilmente differenziabili sotto il profilo qualitativo o psicologico (quali quelli assicurativi) la *leadership* di costo¹ e, quindi, il fattore prezzo, rappresenta la strategia competitiva vincente.

La determinazione dei prezzi, in pratica, avviene attraverso un complesso processo basato su elementi di conoscenza, di esperienza e, soprattutto, di politica generale dell'impresa, mirate alla definizione delle soluzioni da adottare; tutto ciò si concreta nell'individuazione dei possibili margini di manovra del prezzo e nella determinazione di una quotazione compatibile con gli obiettivi di mercato da raggiungere.

Tra gli elementi che contribuiscono alla formazione del premio (oltre al premio puro e caricamenti) un'attenzione particolare merita quella delle imposte e tasse: se scomponiamo, ad esempio, il premio di un milione versato dall'assicurato annualmente per la sola copertura della responsabilità civile, si rileva che: 190 mila se ne vanno in tasse o contribuzioni che vengono intascate dallo Stato; delle residue 810 mila, di pertinenza della compagnia, 32 mila circa (pari al 4%) confluiscono nel Fondo vittime della strada, 154 mila (pari al 19%)

¹ La *leadership* di costo si concretizza, in generale, nella possibilità di praticare prezzi più bassi della concorrenza, sfruttando i minori costi di produzione e di vendita.

viene utilizzato per la gestione delle polizze, ed il residuo 624 mila (il 77%) servirebbe a pagare i sinistri e le spese ad essi connesse. Se ci riferiamo ai nostri concorrenti europei possiamo rilevare che sono indubbiamente più elevati gli oneri fiscali diretti (12,50%) ed indiretti (10,50%) collegati ai premi; occorre ricordare, inoltre, che negli oneri fiscali indiretti é compreso il contributo al servizio sanitario nazionale, che già nel '97 era del 6,50%. Con l'introduzione dell'Irap questi contributi dovevano sparire, ed invece sono aumentati per gli assicurati del 4%. Ancorché considerato provvisorio, questo contributo continua misteriosamente a rimanere, generando così un'entrata per le casse dello Stato per il 2000 stimato in oltre 6.000 miliardi.

Potrebbe apparire, allora, un interesse dello Stato a porre poca attenzione al problema dei rincari tariffari, peraltro preannunciati. Su questo argomento, recentemente, il più venduto quotidiano d'Italia titolava così un articolo: "Il sinistro é lo Stato"!

Detto ciò, la manovra sul prezzo (per quella parte di pertinenza) non è molto considerata dalle compagnie, tant'è che, quando i volumi di vendita aumentano notevolmente, abbassando il punto di equilibrio, i premi non vengono ridotti. Tale manovra trova una sua ragion d'essere solo in due casi: quando, dalla comparazione con i premi delle polizze dei concorrenti che offrono le medesime garanzie, risulta un premio troppo alto; ovvero quando il cliente appartiene al segmento imprese ed è in grado, quindi, di valutare attentamente il premio, indipendentemente dalla comparazione con i servizi offerti dalle altre imprese.

La determinazione delle tariffe deve tener conto dei seguenti fattori:

- *la selezione dei rischi*, consistente nell'applicazione di tariffe differenti per diverse categorie di rischi, nell'ambito dello stesso ramo. Considerando lo stesso tipo di rischio, si possono differenziare le tariffe in base alla "bontà" del rischio (attenta valutazione dello stesso)²;
- *la territorializzazione delle tariffe*, in funzione della diversa sinistrosità riscontrata nelle varie aree geografiche prescelte. E' ciò che si applica nel ramo auto dove, sul rischio furto, vengono praticate tariffe differenti a seconda della provincia di residenza dell'assicurato³;

² Ad esempio, se si vuole assicurare un'impresa edile sul rischio rc, potrebbe risultare determinante, nella valutazione del rischio, il suo operare in una zona sismica, al punto che la compagnia potrebbe decidere di non assumere il rischio (*rischio indesiderabile*).

³ Ad esempio, per le grandi città quali Milano, Napoli e Roma, dove i furti d'auto sono i più numerosi in assoluto a livello nazionale, le tariffe inerenti la garanzia furto risultano essere più care rispetto ad altre città, quali Isernia o Bolzano, ove tale rischio risulta inferiore.

- *la gestione dei sinistri*, volta a ridurre l'entità nelle fasi di valutazione e liquidazione. In quest'ultimo caso, occorre una valutazione attenta dei capitali da assicurare e delle franchigie da applicare.

Una precisazione su tale punto appare indispensabile: le statistiche sulle percentuali di sinistri che tanto incidono sui costi delle compagnie e, per riflesso, sulla determinazione delle tariffe, dimostrano che il fenomeno è in crescita in tutto il territorio nazionale; nell'analizzare i dati Istat (elaborati dalla stessa Isvap) riguardanti alcune province, in merito al contemporaneo incremento del numero dei sinistri e dei costi, si evidenzia che il fenomeno non è circoscritto solo a Napoli e la Campania, infatti notiamo che Novara evidenzia rispettivamente +51,2% e +70,3%; Bolzano +18% e +43%; Belluno +46,1% e +38,4%; Pisa +68% e +67,3%; Sassari +53% e +29%; Napoli +33,8% e +13%; Salerno +15,5% e +34%.

E' intuibile, dunque, che i limiti di manovra sul prezzo vengono determinati sulla base di elementi interni (costi) ed esterni (domanda e concorrenza), anche se, in certi casi, questi limiti potrebbero non essere rispettati.

Nelle attuali condizioni di mercato, caratterizzato da un'accesa concorrenza, soprattutto internazionale, la determinazione del prezzo dei prodotti assicurativi dovrebbe essere fondata sul "valore" attribuito al prodotto da parte del cliente, più che sul confronto rispetto ai prezzi praticati dai concorrenti diretti.

La possibile manovra sul prezzo, in pratica, dipende da molti fattori, quali la "concorrenza reale" (cioè la presenza, nel mercato, di prodotti con caratteristiche simili a quelle del prodotto considerato); la "concorrenza potenziale" (ossia la possibile entrata di altri produttori, una volta superate certe soglie di prezzo); la "concorrenza indiretta" (cioè la minaccia di prodotti sostitutivi); il "grado di differenziazione" (del prodotto rispetto alla concorrenza); la "qualità del servizio".

Per giungere alla scelta della politica aziendale di prezzo, tenuto conto delle strategie competitive applicabili, occorre necessariamente effettuare alcuni passaggi fondamentali, quali la scelta di obiettivi di mercato da raggiungere mediante lo strumento dei prezzi stessi, la definizione del livello generale dei prezzi da adottare e, infine, la determinazione delle relazioni tra i prezzi dei prodotti assicurativi, consistente nello stabilire i cosiddetti "differenziali" di prezzo.

La politica di prezzo si concretizza, dunque, nella formulazione del "sistema" dei prezzi da applicare per i prodotti in portafoglio e nell'amministrazione delle tariffe praticate alla clientela⁴.

⁴ Un costante e assiduo monitoraggio e controllo delle tariffe assume un ruolo primario nella vita dell'impresa, per ragioni di *marketing* aziendale, dati i riflessi diretti esercitati sui risultati economici e finanziari della gestione.

Tra gli obiettivi primari di una possibile politica tariffaria attuata dalle compagnie assicurative emerge, sempre di più, la prospettiva della *personalizzazione tariffaria*.

Dal punto di vista dell'utilizzo, a fini tariffari, delle variabili di personalizzazione tariffaria, devono essere valutati i seguenti profili: *significatività* (ossia l'importanza delle variabili per la determinazione del premio puro); *attendibilità* (ossia l'univocità di determinazione e identità tra dato rilevato e realtà del rischio); *disponibilità* (ossia l'effettiva presenza e qualità sulle banche dati di compagnia)⁵.

La *liberalizzazione tariffaria*⁶ pone nuovi problemi e, soprattutto, nuove opportunità, sia ai clienti che alle imprese assicuratrici. Le imprese sono sollecitate a perseguire strategie basate sulla diversificazione tariffaria sempre più improntate alla personalizzazione (introdotta nella formazione del premio). Benché, per la prima tariffa libera (1994), tutte le imprese assicuratrici (a parte alcune, tra le più rappresentative) si sono limitate ad utilizzare i parametri tradizionali della tariffa ministeriale, in seguito, a questi sono stati affiancati altri elementi (oggettivi e soggettivi), da tempo considerati in altri Paesi europei ed extraeuropei⁷.

L'avvento della liberalizzazione tariffaria nelle rc auto, infatti, è stato accompagnato dal fenomeno della crescita dei premi⁸ cui non ha fatto riscontro, invece, un miglioramento del servizio in termini di liquidazione dei sinistri.

Ad incidere negativamente sulla composizione delle tariffe è da considerare il *fenomeno delle truffe nei confronti delle compagnie*, argomento ampiamente trattato nella fase successiva del testo.

Per quanto concerne le politiche dei prezzi, l'utilizzo tradizionale di tale leva, ai fini della penetrazione del mercato o della scrematura della clientela, appaiono poco praticate e praticabili dalle compagnie. Viceversa è interessante cogliere, analizzando il comportamento delle stesse, l'utilizzo dello *strumento prezzo* ai fini di una politica di personalizzazione dell'offerta.

⁵ In assenza parziale di dati su talune variabili di personalizzazione, è necessario calcolare e comunicare al cliente il premio personalizzato nelle condizioni più sfavorevoli, salvo poi procedere alla rettifica dell'atto dell'acquisizione delle informazioni mancanti.

⁶ L'effetto delle recenti direttive comunitarie, che ha liberalizzato la prestazione dei servizi e, di conseguenza, delle tariffe, tracciano un diverso quadro normativo per le assicurazioni europee più focalizzato sulle necessità del mercato assicurativo.

⁷ Senza, con questo, voler giungere all'esagerazione statunitense che, in alcuni casi, va a considerare parametri a dir poco originali, quali, ad esempio, il colore dell'auto: se è rossa si paga di più, poiché ciò denoterebbe nel guidatore un'indole agonistica !

⁸ Dovuto anche ad un necessario "allineamento" alle tariffe applicate negli altri paesi aderenti alla Comunità europea.

A parte i tradizionali parametri relativi all'area geografica, alle caratteristiche del veicolo ed alla verifica a posteriori con il sistema *bonus/malus*, va diffondendosi l'uso di altri indicatori: età, sesso, professione, anzianità della patente, età del veicolo, stato civile, tipi di carburante, chilometri annualmente percorsi, uso in famiglia di più auto, etc.

Questi elementi di personalizzazione (nel complesso, sono 25 i parametri presi in considerazione) sono adottati dalle compagnie in maniera diversa, e ciò comporta un più equo rapporto tra la copertura assicurativa (calibrata sulle effettive esigenze dell'assicurato) e la sua reale situazione di rischio ed il relativo premio⁹.

La liberalizzazione tariffaria, in sostanza, comporterebbe dei cambiamenti anche per l'assicurato, fornendogli l'opportunità di individualizzare le proprie condizioni di automobilista e soddisfacendo le proprie esigenze con l'applicazione di un'assicurazione personalizzata (e non più *standard*).

Il risultato di questa liberalizzazione tariffaria, in ogni caso, si traduce in condizioni più favorevoli per l'assicurato, dalle quali ottenere maggiori soddisfazioni.

Se andiamo ad analizzare ciò che sta avvenendo negli altri paesi, soprattutto quelli europei, notiamo che addirittura, a differenza dell'Italia, la effettiva e spietata concorrenza delle assicurazioni dirette ha avuto conseguenze drammatiche per il ramo Rc auto.

La liberalizzazione a livello internazionale del mercato assicurativo non ha mancato di avere effetti negativi.

Ad esempio anche in Germania, soprattutto nel ramo della Rc auto, la spietata concorrenza delle assicurazioni telefoniche, che per via dei costi sensibilmente più bassi hanno potuto praticare polizze a prezzi *dumping*, ha avuto effetti negativi sulle altre compagnie. Pur di non perdere la sua quota di mercato, la numero uno del settore, l'Allianz, ha risposto alla sfida delle nuove concorrenti con una drastica riduzione delle sue tariffe, iniziando così una rincorsa al ribasso di tutto il settore.

Si è arrivati al punto, così facendo, a dover ricorrere ad una serie di misure e ristrutturazioni poiché, dopo anni di perdite notevoli, la guerra dei prezzi sembra essere terminata, dal momento che il costante aumento dei costi e degli indennizzi, seguitava a causare bilanci in rosso. Le società stanno ora, tra l'altro, lavorando insieme ad una serie di provvedimenti e, soprattutto, ad una ristrutturazione delle

⁹ In particolare, l'esperienza delle principali compagnie (le 11 che raccolgono più del 50% dei premi dell'intero mercato rc auto italiano) è concentrata sull'età del proprietario, con una diversificazione per classi, per età (personalizzazioni relative ai più giovani, da un minimo del 5% ad un massimo del 25%), per sesso, per tipo di auto (diesel oppure no), per professioni. Sono, invece, ancora poche le imprese che differenziano sulla base delle dotazioni di sicurezza del veicolo.

tariffe dell'organizzazione e della prevenzione, per cercare di ottimizzare i costi e recuperare i margini di guadagno.

Gli sviluppi internazionali, alla luce di quanto sinora esposto, fanno emergere che molto richiesti appaiono i cosiddetti "*prodotti multiline*".

Si tratta di raccogliere in un unico contratto, tutta una serie di prodotti dei diversi segmenti assicurativi, tenendo conto delle esigenze individuali. Per le società assicuratrici le conseguenze di questo trend sarebbero di fatto negative, in quanto tali raggruppamenti provocano da una parte un'inflazione del capitale di copertura ed un notevole ampliamento del suo raggio, dall'altro comportano una riduzione dei premi considerati per i singoli rami.

Per combattere il negativo andamento del settore, le compagnie stanno cercando di fare pressione su Bruxelles, al fine di ottenere un inasprimento della normativa anche sulla responsabilità civile.

In vista dei prossimi cambiamenti, le compagnie europee "evolute" del settore stanno preparando, oltre ad una serie di nuovi prodotti, anche una diversa classifica delle tariffe.

Ed allora, in definitiva, la creazione di punti di riferimento certi, dal punto di vista della tariffa Rc auto, sarebbe un vantaggio sia per il consumatore - perché contribuirebbe ad un'equa valutazione del rischio ed alla sicurezza di prestazione del servizio - sia per il sistema dell'offerta - perché contribuirebbe alla stabilità del mercato ed alla concentrazione della competizione e delle risorse aziendali sull'efficienza e qualità del servizio.

Da ciò deriva che la creazione di una tariffa tecnica ottimale "di riferimento" è subordinata alla quantità e qualità delle risorse tecnologiche, professionali e, soprattutto, delle basi dati disponibili.

Aggiungo inoltre che liberalizzare il solo prezzo, lasciando il resto immutato, può comportare una concertazione tra le imprese interessate. La liberalizzazione o la si fa o non la si fa. E se si decide di farla va fatta sino in fondo.

La possibilità di creare, quindi, alla stregua di altri paesi, una struttura di *rating* articolata su basi dati consortili e allargata alla più vasta quota di mercato possibile, consentirebbe anche alle piccole e medie compagnie di superare il *gap* competitivo costituito dalla limitatezza delle proprie risorse informative, favorendo così la creazione ed il mantenimento di un mercato stabile e competitivo.

1.3 L'EMERGENZA TARIFFE.

Una delle principali voci che incide sull'aumento dell'inflazione sta nelle tariffe delle polizze Rc Auto (si pensi che l'assicurazione nel 2000 costerà in media L.204mila in più, che significa un incremento del 17%). Da un'indagine condotta recentemente dalla Commissione Finanze (la cui conclusione viene riportata per intero in appendice) è emerso con evidenza che, negli ultimi anni, si è registrato un costante e generalizzato aumento dei prezzi delle polizze, che non sembra essere pienamente giustificato. In particolare, stando ai dati forniti dall' ISVAP, su un campione di 25 imprese, rappresentativo per oltre l'82% del mercato, riguardanti 21 province italiane nel periodo settembre 1998 – settembre 1999, si è verificato un aumento medio delle tariffe RCA pari al 10,75%. Gli aumenti presentano notevoli variazioni tra le diverse imprese, tra le classi di bonus – malus e le diverse province. Nonostante ai fini dell'indagine, sarebbe stato più opportuno acquisire dati riferiti a specifiche categorie, considerando le diverse fasce di utenza e le varie tipologie di polizza, la tendenza oggettiva ad un forte aumento emerge con assoluta evidenza. Dalle elaborazioni ISVAP emerge, tra l'altro che la classe di bonus cui corrisponde il massimo sconto e che comprende circa il 26% dei veicoli, gli aumenti effettuati dalle compagnie sono in media del 10,75%, con un minimo del 6,84% ad Aosta ed un massimo del 20,29% a Napoli.

Gli scarti tra i premi minimi e massimi sono ancor più rilevanti: da un minimo di 300 mila lire a Campobasso e a Potenza, si passa ad un massimo di 700 mila lire a Firenze, Roma, Genova, Bologna e Napoli. Ancora più evidenti risultano gli aumenti per autoveicoli che si assicurano per la prima volta, pari in media al 14,2% con un minimo del 10,9% ad Aosta ed un massimo del 18,4% a Napoli.

I premi minimi e massimi tra le varie province sono molto differenziati. Per i minimi si è passati da 700 mila lire di Campobasso e Potenza ad un massimo di 1 milione e 400 mila a Firenze. I premi massimi sono variati da un minimo di 1 milione e 100 mila lire di Campobasso ad un massimo di 2 milioni a Firenze.

Per la classe successiva a quella di ingresso, comprendente circa il 6% degli autoveicoli, l'aumento medio è stato pari al 13,3%. Lo scarto tra aumenti più contenuti ed aumenti più elevati era rilevante e si aggirava intorno al 25–40% . Va sottolineato che i dati di cui si fa riferimento non fanno che da confermare una tendenza all'aumento delle tariffe che si è registrata costantemente si dall'inizio del processo di liberalizzazione tariffaria avvenuto nel 1994. Nel periodo compreso tra 1994 ed il 1998, infatti, i premi incassati sono aumentati del 36,4%, dal 53 per cento nella classe di massimo sconto al 62% nella classe di ingresso. Complessivamente considerati, nel periodo intercorrente tra il 1994 ed il 1998, i prezzi delle polizze RC auto

avrebbero fatto registrare un aumento oscillante tra il 53% nella classe di massimo sconto e il 62% nella classe di ingresso. Nello stesso periodo i premi incassati sono aumentati del 36,4%, raggiungendo un gettito complessivo pari a 22.780 miliardi nel 1998.

gettito complessivo pari a 22.780 miliardi nel 1998.

La gravità della questione, come ha dichiarato, al convegno dell'Acì di Napoli del 2000, il Presidente Aggiunto Onorario della Corte di Cassazione, dott. Bruno Satta Flores, sorge da una disposizione normativa datata 18/06/1992, con cui si sono abolite le norme in base alle quali la tariffe assicurative dovevano essere approvate dallo Stato. Lo scopo di tale direttiva era di impedire la deprecata "parità tariffaria" che derivava dal prezzo autorizzato, applicato uniformemente da tutte la Compagnie Assicuratrici, onde eliminare il sistema dei continui aumenti annuali.

E' bene ricordare, infatti, che gli aumenti continui, non sono una novità di oggi. Al contrario costituivano la realtà in atto prima della liberalizzazione. La direttiva europea intendeva, perciò, eliminare tale problema e porre le imprese in concorrenza tra loro, per dar luogo alla conseguente riduzione dei premi, scaturente dalle spinte del mercato e meglio tutelare gli assicurati.

Tutto ciò, alla luce di quanto è accaduto, rispondeva ad un sogno "utopistico"?

Certo è che, dalla liberalizzazione, ci si attendeva una immediata riduzione dei premi, e questo non si è verificato.

Ricordiamo che i veicoli circolanti in Italia sono trentadue milioni; quindi trentadue milioni di contratti che debbono essere obbligatoriamente stipulati, se si vuole circolare. E tale numero è sempre crescente, perché sempre crescente, di anno in anno, è il numero dei veicoli immatricolati rispetto a quelli eliminati. Vi sono tutti gli elementi per attirare investimenti in un mercato del genere. L'appetibilità del mercato è, quindi, indubbia.

In realtà, però, la situazione è diversa. Il mercato, precisa sempre il dott. Satta Flores, è caratterizzato dal "sostanziale immobilismo delle Compagnie Assicuratrici, di quelle compagnie che, da decenni, legate in un club inossidabile, sono ferme nel difendere i loro esclusivissimi interessi, evitando qualsiasi intromissione esterna, ferme nell'intento di non danneggiarsi reciprocamente, nell'intento di concretizzare la loro effettiva politica aziendale unicamente nell'aumento, consistente soprattutto nell'allineamento dei prezzi, nel rispetto di quella "parità tariffaria" che la direttiva europea mirava ad abolire.

La direttiva, di cui accennato, aveva come scopo anche l'eliminazione di ogni sorta di differenziazione territoriale. Il fatto che sia tuttora praticata, è il segno tangibile del fallimento della disposizione Cee, anzi, sostiene il magistrato, le compagnie, nell'ansia di giustificare il

continuo, incalzante aumento dei premi, giungono a far ricorso ad argomenti di tale manifesta infondatezza giuridica, prima che economica, da lasciare interdetti...”.

La situazione ha indotto il Governo ad intervenire con un provvedimento che non entra nel merito dei fattori causali dell'attuale dinamica del prezzo delle polizze, ma è diretto a rendere più visibile la concorrenza praticata dalle imprese del settore. Infatti, l'iniziativa del Governo muove dalla constatazione, suffragata dai monitoraggi fatti dalle diverse associazioni dei consumatori, che il mercato Rc Auto non è animato da un'effettiva, vivace concorrenza che consente agli utenti di scegliere, anche sulla base della sola convenienza economica, l'assicuratore con il quale stipulare la copertura, non avendo, quindi, a disposizione un elevato numero di opzioni di scelta. L'obiettivo principale del Governo sarebbe pertanto quello di agevolare la confrontabilità dei prezzi, attraverso l'obbligo delle imprese di pubblicizzare alcuni premi di riferimento relativi a determinate figure – tipo di assicurati, per un primo generico orientamento, da perfezionarsi poi con le informazioni più puntuali desumibili dalle tariffe e dalle condizioni di contratto che le imprese dovrebbero già pubblicizzare presso i rispettivi punti vendita, obbligo che ora verrà sancito con disposizione di legge.

Resta aperto, però, il problema che è alla base dell'aumento del prezzo dell'assicurazione e che va individuato nell'aumento progressivo dei costi dei risarcimenti generati dagli incidenti stradali. Da questo punto di vista, la concorrenza dovrebbe svolgere un'azione importante, perché, evitando politiche indifferenziate nella fissazione dei prezzi, mitigherebbe in parte il fenomeno degli aumenti tariffari, dando ampie possibilità di trovare sul mercato le offerte più convenienti per ogni singola tipologia di rischio.

La competizione tra le imprese, incontra, peraltro, un limite obiettivo nei fattori di costo estranei all'organizzazione aziendale (come la frequenza degli incidenti e costi dei relativi risarcimenti), rispetto ai quali con migliori tecniche di gestione si potrebbe incidere maggiormente.

Del resto che i conti non tornino alle compagnie sulla Rc Auto lo dimostrano i dati di bilancio: 2.300 miliardi di perdite nel solo 1998, un rapporto sinistri a premi del 102%, vale a dire che su 100 lire di premio incassate le imprese ne pagano 102 per sinistri, in conseguenza del vertiginoso aumento del costo medio dei danni che sia dai dati di bilancio che dalle rivelazioni statistiche risulta cresciuto dal 1997 al 1998 di ben oltre il 10 per cento.

Per definire il fenomeno è stato coniato, dagli operatori del settore, un nuovo termine: *bicycle insurance*, assicurazioni bicicletta. Serve a

spiegare il comportamento degli assicuratori che, vendendo polizze a prezzi stracciati sono poi costretti a spingere a fondo sul pedale della crescita per sostenere con il flusso dei premi correnti il pagamento dei vecchi sinistri. Più vanno veloci nell'incremento della raccolta più sono in equilibrio, proprio come una bicicletta. Quando cadono, però si fanno anche male.

Sin dal 1995, le compagnie hanno motivato la tendenza agli aumenti con la necessità di recuperare un margine di redditività minimo, stante l'eccessiva compressione delle tariffe amministrative imposte negli anni precedenti. Le imprese hanno, pertanto, collegato i notevoli incrementi tariffari in primo luogo all'esigenza di riportare in pareggio i conti economici del ramo, ancora penalizzati, a loro avviso, da anni di tariffe troppo basse. Sono stati inoltre individuati quali fattori causali dell'aumento degli importi delle polizze: gli aumenti dei prezzi dei pezzi di ricambio, la crescita costante dell'entità dei risarcimenti per i danni alle persone e i minori rendimenti finanziari delle riserve. Si può, però, osservare che nemmeno gli aumenti applicati dalle compagnie hanno consentito di realizzare l'auspicato risanamento del conto industriale del ramo. Nel 1996, ben 33 compagnie su circa 120 operanti all'epoca sul territorio nazionale, registravano un ulteriore peggioramento del risultato già negativo dell'anno precedente.

Nel mercato dell'Rc Auto, a dispetto delle recenti polemiche sull'aumento delle tariffe seguito alla liberalizzazione, sta accadendo qualcosa di simile al fenomeno delle assicurazioni bicicletta. Dall'indagine condotta su 6 compagnie significative, così come riportato recentemente dalla stampa, si è rilevato che il livello delle loro riserve appariva sottodimensionato rispetto a quello medio di mercato ed il bilancio tecnico presentava un andamento più che negativo. La spesa per i sinistri, sommata ai costi operativi, superava del 33,7% l'ammontare dei premi incassati. Fatti i conti quelle compagnie erano lontane 600/700 miliardi dal punto di pareggio e rappresentavano una mina vagante nel mercato dell'assicurazione obbligatoria.

E' questo uno degli aspetti più preoccupanti del mercato assicurativo nato con la liberalizzazione delle tariffe Rc Auto che finora, nonostante gli elevati incrementi dei prezzi subiti dagli assicurati, non è riuscita a garantire la redditività del comparto.

Come intervenire allora efficacemente sui fattori di costo, sterilizzandoli al massimo per evitare lo squilibrio della gestione tecnica ?

Le misure da intraprendere, secondo il parere delle compagnie, sono dirette ad agire sui costi dei risarcimenti:

- riducendo i valori risarcitori attualmente applicati nella valutazione delle lesioni fisiche di lieve entità (che rappresentano il 70% dei sinistri con danni a persona), non equamente valutati;
- dare maggiore ausilio agli assicuratori nella lotta alle frodi ed alle speculazioni diffuse in genere;
- intervenire seriamente nel campo nella prevenzione stradale, con iniziative di educazione stradale e di controllo e repressione di comportamenti scorretti nell'uso di veicoli su strade;
- dare impulso al disegno di legge di iniziativa governativa sul danno della persona, che andrebbe ulteriormente migliorato.

Questi fattori, esogeni all'attività d'impresa, sono la causa principale dell'attuale dinamica tariffaria.

Le compagnie dimenticano, però, come ha anche dichiarato il Presidente aggiunto della Corte di Cassazione Aldo Vessia, “che l'80% degli automobilisti non denuncia alcun sinistro; quindi caricare sulla maggioranza di essi tutte le conseguenze sfavorevoli forse non è legittimo, ma certamente non è giusto. Se analizziamo, infatti, un'analisi dell'Isvap, fatta propria nei risultati dalla Corte dei Conti, risulta che almeno negli anni scorsi questi costi non erano aumentati così come sostengono le compagnie, anzi sia i sinistri che i costi sarebbero addirittura diminuiti”.

Inoltre troppo spesso vengono pagati dalle compagnie facilmente sinistri “sospetti”, pur di evitare quei noiosi e costosi approfondimenti, in realtà, tra l'altro, difficilmente dimostrabili.

Anche l'imposizione fiscale aggrava la situazione: circa un terzo del premio pagata dall'assicurato viene prelevato dallo Stato, come già specificato meglio in precedenza.

Ritornando alle nuove regole per favorire una maggiore chiarezza nel campo delle assicurazioni auto, per garantire al consumatore la possibilità di orientarsi nella “giungla” delle tariffe Rc Auto e per meglio monitorarle, scatta *l'operazione trasparenza*. Secondo alcune proposte avanzate da più parti, ogni compagnia dovrebbe essere tenuta a pubblicare su opuscoli, inserti promozionali e pubblicitari, nonché in tutte le agenzie, l'indicazione dei premi annuali di riferimento, per orientare, almeno in prima battuta, le scelte del consumatore. Le tariffe standard andranno, così, comunicate semestralmente all'Isvap e al Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti (Cncu); e le loro variazioni andranno comunicate almeno 60 giorni prima della loro applicazione. Chi non lo farà incorrerà in una multa da due a dieci milioni. Per monitorare l'andamento dei premi, inoltre, il Cncu potrà stabilire una convenzione con l'Istat e cofinanziare programmi di informazione dell'utenza

1.4 UN MERCATO AUTOREGOLAMENTATO

L'ESIGENZA DI TRASPARENZA

Appare, dunque, evidente l'esigenza di una effettiva applicazione dei principi di trasparenza, in un settore, quale quello assicurativo, caratterizzato essenzialmente da un rapporto di fiducia tra due soggetti.

Un'analisi effettuata sul settore assicurativo ha evidenziato che i consumatori esercitano una ridotta influenza sulle scelte strategiche delle compagnie di assicurazione; da ciò il disinteresse delle imprese a migliorare la propria offerta.

Si manifesta, così, un'elevata fedeltà alla compagnia di assicurazione da parte del consumatore, con pochi utenti che cercano condizioni contrattuali migliori sul mercato.

Appare condivisibile, pertanto, la spiegazione data dall'Antitrust, secondo cui tali comportamenti sono motivati dalle difficoltà tecniche del prodotto che rendono estremamente complicato il confronto tra le diverse offerte.

Inoltre, risulta che il consumatore non può prestare la dovuta attenzione alla qualità del servizio al momento della scelta dell'impresa di assicurazione, in quanto detta qualità non è conoscibile fino al verificarsi del sinistro.

A tal proposito va ricordato che il Ministero dell'industria, commercio e artigianato è intervenuto con un'apposita disposizione, contenuta in un disegno di legge, attualmente in discussione in Parlamento, riguardante l'assicurazione Rc auto.

La finalità è quella di garantire la trasparenza e la concorrenza tra le imprese, imponendo a queste ultime l'obbligo di rendere noto all'utenza il premio annuale per le polizze RC auto, calcolato dalle imprese medesime, per tre profili tariffari e per ciascuna provincia italiana.

Occorre, inoltre, precisare che le difficoltà dell'utenza nel riconoscere facilmente le caratteristiche di differenziazione dei prodotti assicurativi, derivano anche dal fatto che molti dei servizi resi sono comuni alle diverse imprese presenti sul mercato, poiché queste partecipano a numerosi accordi di fornitura di determinati servizi, producendo l'effetto di omogeneizzare il servizio stesso. Si tratta, in particolare, della convenzione indennizzo diretto (c.d. CID), dell'accordo tra imprese assicuratrici e carrozzieri, dell'accordo sulla pluralità dei danneggiati, dell'accordo sui sinistri catastrofici, degli accordi con i periti e con i consumatori per la definizione delle clausole contrattuali standard e delle procedure di liquidazione.

Sembrano ancora meritevoli di considerazione le osservazioni dell'Autorità garante, che ha rilevato:

- l'importanza dell'assicurazione RC auto, quale prodotto differenziato, che richiede una personalizzazione dei premi; puntare l'attenzione solo sugli aspetti tariffari potrebbe indurre, infatti, il consumatore a scegliere una polizza poco adatta alle proprie esigenze. Esiste, inoltre, il rischio che un obbligo di comunicazione delle tariffe possa favorire un coordinamento del livello delle stesse, ovvero occorre considerare l'esistenza del rischio che tale misura risulti di limitata utilità atteso l'elevato numero dei profili tariffari
- la comunicazione sistematica delle condizioni contrattuali e di tariffa potrebbe porsi in contrasto con la direttiva comunitaria sull'assicurazione danni, recepita nel nostro ordinamento con il decreto legislativo n.175 del 1995, che vieta la preventiva approvazione o la comunicazione sistematica delle condizioni generali e speciali delle polizze di assicurazione e delle tariffe (art. 6 e 29 della direttiva 92/49/CEE).

LA MANCANZA DI CONCORRENZA NEL SETTORE RC AUTO

Il settore assicurativo presenta uno scarso livello di concorrenza tra le imprese, le quali manifestano una notevole staticità a causa della mancanza di innovazione dei prodotti, a tutto svantaggio dei consumatori.

E' emerso che a fronte degli aumenti tariffari RC auto, non vi è stato un aumento altrettanto generalizzato della qualità del servizio, inteso come assistenza all'assicurato prima e dopo la vendita del prodotto assicurativo, una diffusione su tutto il territorio di idonee strutture per la liquidazione dei sinistri, una maggiore velocità della stessa liquidazione dei sinistri stessi.

Si è, invece, registrata una riduzione delle garanzie assicurative, avendo le imprese introdotto, accanto alle clausole di esclusione e rivalsa regolamentate dal codice della strada e preesistenti la liberalizzazione, altre limitazioni alla copertura assicurativa, quali la rivalsa in caso di guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti.

Inoltre si è registrato un livello di personalizzazione delle tariffe nel ramo RC auto molto marginale. Questo elemento appare un indice del cattivo funzionamento della concorrenza nel settore, posto che la personalizzazione delle polizze, ed in genere la tendenza delle imprese ad individuare strumenti o condizioni contrattuali per differenziare i propri prodotti, dovrebbe rappresentare, accanto al contenimento dei costi di gestione, uno dei principali strumenti di concorrenza tra le

imprese. La personalizzazione, infatti, risponde alla necessità di selezionare il rischio e di erogare servizi sempre più conformi al livello di rischiosità del cliente.

Si evince, ad esempio, che tutte le imprese applicano la classe di merito della formula bonus-malus al veicolo e non al contraente. Questo penalizza in maniera ingiustificata soprattutto quei clienti che acquistano una nuova autovettura, senza vendere la precedente. Questi clienti dovranno assicurarsi pagando un premio corrispondente alla classe bonus-malus di ingresso che può essere superiore alla classe raggiunta dal vecchio veicolo. Al riguardo, sarebbe importante considerare la tipologia di veicolo, anche sulla base di rilevazioni statistiche che consentano di valutare il grado di rischiosità di ciascuna tipologia. Sarebbe, pertanto, necessario collegare l'assicurazione al conducente piuttosto che al veicolo, allo scopo di evitare che l'assicurato venga collocato in una classe di rischio, indipendentemente dalla sua condotta precedente.

Altro indice di scarsa concorrenza è rappresentato dall'attuale sistema di distribuzione che caratterizza l'intero settore assicurativo.

Appare evidente che una riduzione del grado di esclusiva nella distribuzione dei prodotti assicurativi auto avrebbe benefici sulla concorrenza e potrebbe costituire un presupposto sulla riduzione dei premi.

Appare evidente da quanto sopra esposto che gli aumenti tariffari, che concernono le polizze RC auto, sono determinati, a detta delle imprese assicuratrici, dai notevoli costi sostenuti dagli assicuratori relativi al risarcimento danni, e che quindi il fabbisogno tariffario determinato dall'assicuratore deve essere sufficiente a mantenere in equilibrio la gestione tecnica; ciò perché si mette a repentaglio la solvibilità dell'impresa a danno degli stessi assicurati, dei terzi danneggiati, e nei casi più gravi di liquidazione coatta amministrativa dell'impresa, dell'intero sistema su cui alla fine vengono ripartiti i costi del fallimento.

La persistente situazione negativa in cui versa il ramo RC auto, risente di molteplici fattori e soprattutto dell'aumento del costo medio del danno, del numero di sinistri con danni alla persona e del crescente numero delle frodi.

Per quanto riguarda l'aumento del costo di danni, oltre ad un incremento delle componenti del danno materiale (prezzi dei ricambi e costi di manodopera degli autoriparatori), si continua a registrare una consistente lievitazione dei costi a fronte dei risarcimenti dei danni alla persona.

In termini economici l'esborso per tali ultimi danni ha ormai superato di gran lunga il 50% del totale degli indennizzi corrisposti dagli assicuratori, per una cifra che va oltre i 10 mila miliardi.

Inoltre, va segnalato, come sarà più precisamente riportato successivamente, che oltre alle frodi perpetrate dalle organizzazioni della malavita organizzata o da improvvisate associazioni a delinquere, il settore dell'assicurazione RC auto è particolarmente colpito da una miriade di comportamenti disonesti posti in essere direttamente da danneggiati e assicurati, in alcuni casi con l'ausilio degli "addetti" in senso lato.

Numerose, ma che nella sostanza registrano scarso successo, sono state le iniziative prese da più parti: l'ANIA, ad esempio, al fine di fronteggiare il fenomeno, si è dotata di un'apposita struttura dedicata all'attività di prevenzione e repressione delle frodi, di studio ed analisi delle problematiche inerenti, nonché di ricerca e cura di rapporti con Organi istituzionali, in particolare mediante raccolta di informazioni circa qualsiasi distorsione accertata o presunta, approntamento di denunce-querelle, contatti con l'Autorità Giudiziaria e con le Forze dell'Ordine. Ma anche in questo caso i risultati dell'attività intrapresa non ha portato sostanziali benefici.

Rimane, inoltre, il problema di quella area di persone, che al momento del sinistro si fanno prendere dalla voglia di lucrare sull'assicurazione, a danno delle compagnie prima, ed in ultima istanza della collettività.

Per questo tipo di criminalità bisogna diffondere la cultura della legalità, in tutti i modi possibili ed a tutti i livelli, con convegni e conferenze, constatando che le frodi oltre a danneggiare gli assicuratori, comportano soprattutto dei danni a tutti gli onesti assicurati, aggravando i premi.

CAPITOLO 2°

LE TRUFFE NEL RAMO RC AUTO

Di Maurizio Vallone

2.1) - IL FENOMENO TRUFFA

Il fenomeno delle truffe in danno delle Compagnie assicurative nella provincia di Napoli ha assunto, nel tempo, diverse connotazioni mutevoli a seconda delle opportunità che la legislazione vigente, o la scarsa vigilanza dei preposti al settore, ha offerto a quella parte della delinquenza cittadina che a tale reato è più o meno stabilmente dedita.

Alcuni anni orsono le truffe si consumavano prevalentemente nel settore dei furti di autovetture. Venivano assicurate auto di grossa cilindrata, ai massimali consentiti dai contratti, che, immancabilmente, venivano poi denunciate come rubate con la conseguente richiesta di indennizzo.

In realtà, invece, ciò che si era assicurato non era nient'altro che la documentazione di un'autovettura gravemente incidentata all'estero di cui, attraverso vari circuiti illegali, si erano acquistati i soli documenti identificativi. Le autovetture, ovviamente, non venivano mai ritrovate e le compagnie assicurative erano costrette a pagare gli indennizzi previsti dai contratti stipulati.

Questa modalità truffaldina si è andata progressivamente attenuando a seguito dei maggiori controlli effettuati dalle Forze di Polizia, ed in particolare della Polizia Stradale, e della collaborazione internazionale in tale settore che ha visto, negli anni 80, la creazione di strutture informatiche a livello centrale con scambi di informazioni in tempo reale tra le Polizie europee nel settore dei furti d'auto.

Ma il definitivo tramonto di queste modalità operative per la criminalità del settore è stato dato dalla facile constatazione che in questi casi il risarcimento del danno poteva essere richiesto una sola volta e con il limite del valore commerciale del bene sequestrato. Ciò

richiedeva che, per la consumazione di una nuova truffa, occorreva effettuare un nuovo acquisto di auto incidentata con la relativa documentazione, assicurarla presso una Compagnia assicurativa, denunciare il furto ed, obbligatoriamente, attendere quella che veniva chiamata la “chiusa inchiesta”, cioè il termine delle eventuali indagini, nonché i tempi occorrenti alla Compagnia per la liquidazione del danno.

L'avvento della nuova normativa sull'assicurazione obbligatoria ha, invece, aperto nuove e più allettanti prospettive di guadagno agli specialisti del settore delle truffe. Infatti le Compagnie, che prima potevano esercitare un controllo maggiore sull'assicurato in quanto ne gestivano un numero minore, hanno notevolmente aumentato il loro pacchetto di polizze vendute senza, al contempo, adeguare le loro strutture ad una utenza anche potenzialmente truffaldina.

In tale situazione le Compagnie non riescono più a garantire neanche le più elementari forme di autotutela consistenti, ad esempio, nella presa visione del mezzo sinistrato entro i cinque giorni previsti dalla normativa. Ciò causa che la perizia sull'autovettura si sostanzia, quasi sempre, nella mera acquisizione delle ricevute di pagamento per la riparazione effettuata e nella visione del veicolo riparato.

Le conseguenze sono immediatamente immaginabili. Infatti i sinistri vengono irrimediabilmente gonfiati attraverso false fatturazioni a cui il perito della Compagnia, anche volendo esercitare con rigore il proprio mandato, non può opporre nulla se non un prudente apprezzamento del danno che si sostanzia, di solito, in una proposta di transazione intorno al 50% del richiesto che, se non accettata, porta all'instaurazione del giudizio dinanzi al giudice di pace laddove l'entità del risarcimento del danno richiesto sia di tale limitato importo da non suggerire di procedere, comunque, al pagamento, così come ammesso da molti esponenti degli uffici sinistri delle Compagnie, per evitare le ulteriori spese di giudizio e gli interessi legali.

Infatti, per prassi, le richieste di risarcimento che non superano un dato ammontare, variabile a seconda della Compagnia, vengono generalmente accolte anche se il perito nella sua relazione ha adombrato la possibilità della truffa. Ciò perchè la possibilità di dimostrare l'illecito in giudizio è legato ad attività investigative private (indagini peritali o da parte di investigatori privati) generalmente molto onerose e di difficile prova che contrasteranno, inevitabilmente, con i testimoni di parte, sempre presenti e spesso falsi.

Il fenomeno delle truffe sui falsi sinistri stradali è maturato nel corso degli anni a seguito della constatazione che l'aver subito un sinistro si tramutava in vero e proprio affare per il danneggiato. Infatti, il

risarcimento del danno, proprio perché risarcimento e non più indennizzo (la differenza come è noto si sostanzia nel fatto che il primo deriva da attività illecita mentre il secondo è riconosciuto dall'ordinamento anche in presenza di attività lecita a seguito della quale un terzo innocente ha subito un danno economicamente valutabile) non trovava più limiti nel valore del bene incidentato in quanto, nella maggioranza dei casi, il danno si estende ai passeggeri dell'autoveicolo danneggiato attraverso la contestazione del cosiddetto "danno biologico".

Uno dei personaggi maggiormente emblematici nel panorama delle compagnie assicurative napoletane, titolare di una compagnia attualmente al centro di alcune vicissitudini giudiziarie, in un recente incontro con lo scrivente si è vantato di aver, nella sua veste di consulente, "inventato il colpo di frusta", ossia il danno biologico conseguenza frequente dei tamponamenti stradali, per cui i passeggeri dell'autovettura danneggiata, a causa della forza d'inerzia scaturita dall'improvviso impatto e conseguente arresto del mezzo, riportano risentimenti più o meno gravi alla base del collo.

Il colpo di frusta non è clinicamente accertabile se non in casi di lesioni di particolare gravità; pertanto il paziente che si presenta in pronto soccorso assumendo di aver riportato tale tipo di lesione riceverà, necessariamente, un referto medico con una prognosi più o meno lunga, l'imposizione del "collarino" ed una terapia antidolorifica ed accessoria. Al termine del periodo indicato nel referto sarà facilmente ottenibile un ulteriore certificato medico, ed altri ancora nel prosieguo della degenza, se il paziente assume di sentire ancora dolore, di avere frequenti vertigini e mal di testa.

E' di immediata percezione come una simile situazione può far innalzare l'entità del risarcimento del danno potenzialmente senza limiti soprattutto in presenza di ulteriore documentazione medica (ad esempio TAC o altri esami specifici) e se la patologia assunta impedisce di attendere alle normali occupazioni lavorative.

Ciò, ovviamente, non vuol dire che queste attività siano sempre riconducibili ad azioni truffaldine, ma si può facilmente immaginare come queste situazioni possano essere utilizzate sino al limite del tollerabile, ed a volte anche oltre, da personaggi senza scrupoli disponibili a fornire ai loro assistiti falsi certificati e falsa documentazione sanitaria.

Nel corso di indagini effettuate di recente dalla Squadra Mobile di Napoli sono emersi numerosi casi di documentazione sanitaria falsificata o assolutamente falsa. Viene ritenuta falsificata quella originale, cioè effettivamente emessa da una struttura sanitaria e, successivamente, falsata in una sua parte, ad esempio nel numero di

giorni di degenza, nella diagnosi (aggiungendo un termine per aggravare la patologia), nelle prescrizioni (richiedendo ulteriori costosi esami che saranno prodotti falsi). Risulterà falsa, invece, quella documentazione che non è mai stata prodotta da una struttura sanitaria ma è radicalmente prodotta dall'organizzazione o da medici (più spesso da paramedici) compiacenti anche attraverso la sottrazione di bollettari e moduli dalle strutture sanitarie che, poi, saranno riempiti ad hoc con le generalità del falso sinistrato e sottoscritti con timbri anch'essi sottratti presso le strutture sanitarie o prodotti a similitudine di quelli utilizzati nelle citate strutture.

Sono stati rinvenuti, in molti casi, presso le abitazioni di esponenti dei sodalizi criminali dediti alle truffe assicurative, moduli in bianco dei Pronto Soccorso degli Ospedali di Napoli e provincia. Invece sono state riscontrate false certificazioni (radiografie, T.A.C. ed altro) di Centri medici convenzionati della provincia napoletana, preventivi e ricevute di pagamento di centri odontotecnici o Case di Cura mai effettivamente rilasciati da tali Enti.

E sin qui si è trattato di incidenti effettivamente avvenuti.

Ma il mondo della truffa in danno delle compagnie assicurative nel settore dell'R.C.A. oggi ha una ampiezza molto maggiore. La facilità con la quale la truffa può essere consumata (delle ragioni di tale facilità si tratterà nel paragrafo 3°), ha fatto sì che vere e proprie organizzazioni criminali di settore si dedicassero alla "creazione" di falsi incidenti con migliaia di richieste di risarcimento dei danni a molteplici compagnie e con un fatturato di diversi miliardi per ciascuna organizzazione.

Come avviene la creazione di un falso incidente? Normalmente si parte da una lesione effettivamente esistente, magari causata all'interno delle mura domestiche in un banale occorso. Il soggetto, quindi, si reca presso un pronto soccorso per farsi medicare; nel tragitto, o presso lo stesso nosocomio, viene consigliato di dichiarare che la lesione è stata il frutto di un incidente stradale. In tal modo, quindi, risulterà certificato dal medico e nel referto redatto dai sanitari del nosocomio.

In altri casi non occorre neanche partire da una lesione effettivamente patita. Con la complicità di un sanitario o parasanitario compiacente è possibile costruire una falsa cartella clinica che attesta una lesione asseritamene promanante da un sinistro stradale. Il sanitario si avvarrà del prestampato dell'Ente ospedaliero, vi inserirà un numero progressivo compatibile con quelli effettivamente indicati nei certificati rilasciati da quell'Ente, una lesione a cui corrisponde una diagnosi quanto più aperta è possibile in modo da consentire la

protrazione della degenza, e la falsa sottoscrizione di un sanitario che effettivamente presta servizio nella struttura mediante, anche, la sottrazione del suo timbro personale. Ovviamente questa cartella clinica non troverà corrispondenza negli schedari della struttura ospedaliera e, se la truffa è particolarmente sofisticata, potrà trovare riscontro nei registri del Pronto Soccorso al numero di protocollo attribuito con un annullamento motivato con i più vari errori formali.

A questo punto entrano in gioco i procacciatori d'affari delle organizzazioni; questi, soggetti perfettamente conosciuti sul territorio ed ai quali è risaputo che ci si può rivolgere per queste incombenze, si assumono l'incarico di istruire la falsa pratica. Viene contattato uno dei soggetti, già nell'elenco del procacciatore, che in cambio di una somma che normalmente va dalle 200.000 alle 500.000 lire, invia una lettera alla sua compagnia assicurativa denunciando di avere provocato l'incidente con la falsa vittima.

Questi soggetti, che professionalmente effettuano queste denunce, attraverso scappatoie illegali, riescono anche a non subire i conseguenti aumenti tariffari legati ai contratti Bonus – Malus. Infatti questi, al termine di ogni anno, disdicono la propria polizza e si riassicurano con una diversa Compagnia presentando un falso attestato di rischio (il modulo che la Compagnia rilascia all'assicurato quando recede dal contratto e che serve ad indicare alla nuova Compagnia la classe di merito a cui deve iscrivere il nuovo assicurato) che li colloca in una classe di merito molto bassa.

La “pratica” passa all'avvocato, spesso il vero capo ed ispiratore dell'organizzazione criminale, qualche volta ignaro professionista che, più o meno colpevolmente, si affida al procacciatore per l'acquisizione di clienti. Il legale fa partire la messa in mora alla compagnia assicuratrice per conto del falso incidentato e richiede il risarcimento del danno.

Normalmente, nella città di Napoli, la struttura organizzativa delle Compagnie non consente loro di esercitare il diritto di accesso alle autovetture incidentate nei prescritti cinque giorni di tempo (ma anche qui vi sono spesso connivenze o trascuratezze colpevoli che impediscono questi doverosi controlli), pertanto tutta la pratica verrà istruita dalla Compagnia sulla base delle richieste e della documentazione di parte.

Se la Compagnia, nel migliore dei casi, non si limita al pagamento ma ritiene di dover resistere alla pretesa secondo alcuni parametri che saranno meglio evidenziati nel prosieguo, interessa il proprio ufficio legale o i suoi avvocati fiduciari. Questi, valutato giuridicamente il caso, consigliano di resistere dinanzi al giudizio del giudice di pace oppure invitano la Compagnia a pagare per evitare di dover corrispondere anche le spese di giudizio.

Nel caso in cui si decida di non risarcire il danno ma di puntare sul giudizio, l'organizzazione delinquenziale si premunisce di indicare falsi testimoni che dichiareranno di aver assistito all'incidente che si sarebbe svolto secondo le modalità indicate nell'atto di messa in mora. I falsi testimoni sono uno dei maggiori problemi per le Compagnie assicurative in quanto le stesse, ovviamente, non potranno mai produrre testimonianze che confutino quelle proposte dalla parte attrice in quanto non essendosi mai verificato l'incidente nessun "vero" testimone potrà mai essere trovato. Sarà possibile smascherare l'inganno in questa fase solo laddove concorrano alcune circostanze particolari che attestino, indiscutibilmente, che l'autovettura non poteva essere nel luogo indicato nella lettera di denuncia (vi sono stati casi in cui il soggetto era stato multato in località lontana centinaia di chilometri nelle ore immediatamente precedenti o successive a quelle in cui si sarebbe verificato l'incidente). Questi signori, che spesso svolgono questa attività in maniera professionale e continuativa, sono facilmente reperibili nei pressi delle strutture dei giudici di pace e prestano la propria attività in cambio di un compenso che varia dalle 50.000 alle 200.000 lire.

Ovviamente, le organizzazioni criminali del settore possono contare su diversi falsi testimoni che, se operanti in esclusiva per il sodalizio criminoso, possono, a buon titolo, essere considerati associati a tutti gli effetti e percepenti un compenso commisurato alla loro specifica attività.

Il fenomeno dei falsi testimoni è direttamente commisurato allo stato di assoluto caos organizzativo in cui operano i giudici di pace da un lato e gli uffici sinistri, o le aree speciali delle Compagnie. Infatti è solo in una situazione di assoluta disorganizzazione che può proliferare un tale fenomeno che non viene rilevato né dagli uni né dagli altri anche se assume proporzioni assolutamente eccezionali.

In una delle ultime indagini condotte dallo speciale gruppo investigativo della Squadra Mobile di Napoli, diretta dalla Procura della Repubblica di Torre Annunziata – Sostituti Procuratori DDrr Fortuna e Novelli, è stato possibile accertare che un falso testimone, parte integrante dell'organizzazione criminale diretta da un noto avvocato civilista di Torre Annunziata, aveva presenziato nel corso del 1999 a centinaia di cause dinanzi ai giudici di pace di tutto il Distretto di Napoli rendendo false testimonianze a favore di falsi sinistrati consentendo la liquidazione di alcuni miliardi di risarcimenti danni.

Una migliore organizzazione, anzi l'esistenza stessa di una qualsiasi forma di organizzazione da parte dell'ufficio del giudice di pace o degli uffici sinistri delle Compagnie, avrebbe certamente evidenziato

il fenomeno consentendo di reprimerlo molto prima (con un risparmio di molti miliardi da parte delle Compagnie).

E' da moltissimo tempo che, da più parti, si richiede una "anagrafe dei testimoni" che potrebbe essere costituita con modica spesa (certamente di molto inferiore ai risarcimenti pagati indebitamente) e con effetti risolutivi per molte tipologie di truffe.

L'ultimo anello delle organizzazioni criminali del settore, certamente il più doloroso per il mondo giudiziario, è rappresentato dalla corruzione dei giudici di pace. Questo fenomeno, venuto prepotentemente alla ribalta alcuni mesi orsono a seguito di una indagine della Procura della Repubblica di Salerno, all'epoca competente per i giudizi a carico di magistrati del Distretto giudiziario di Napoli, ha avuto origine, con tutta probabilità, a causa degli approssimativi criteri di selezione dei giudici di pace all'indomani della loro istituzione. In alcuni casi, pochi per fortuna, sono stati inseriti in tale delicato settore dell'ordinamento giudiziario avvocati di non elevato spessore professionale e con scarse motivazioni personali. Certamente sottopagati rispetto ai loro colleghi togati, e con un bagaglio di conoscenze personali che derivavano dalla loro precedente attività (magari nello stesso settore specifico delle assicurazioni), questi professionisti sono stati particolarmente vulnerabili alle pressioni ed ai consigli di loro ex colleghi sino a giungere, per fortuna in sporadici casi, a vere e proprie complicità criminali.

Il Consiglio Giudiziario di Napoli, l'organo della Magistratura che è preposto al controllo dell'attività dei magistrati del Distretto napoletano, alla fine del 1999 ha richiesto di revocare il 50% degli incarichi ai giudici di pace rilevando varie irregolarità, incompatibilità ed inopportunità a prestare tale delicato compito.

Comunque, ottenuta la sentenza esecutiva che impone di risarcire il danno per il falso sinistro, la Compagnia, con i tempi da tutti conosciuti, ottempera emettendo un assegno circolare a favore del falso sinistrato liquidando, nello stesso assegno, anche la parcella per l'avvocato che ha patrocinato la causa. Ciò da luogo ad un fenomeno che, in realtà, facilita la consumazione delle truffe, si presta ad una evidente evasione fiscale, e, normalmente, priva il sinistrato (nel nostro caso un soggetto truffaldino ma lo stesso vale anche per il soggetto effettivamente legittimato al risarcimento del danno), di qualsiasi controllo sull'entità del risarcimento.

Infatti, è lo stesso legale che incassa per suo conto l'assegno, anche se questo è generalmente intrasferibile, trattiene la parte che ritiene gli sia dovuta, è liquida il sinistrato con quanto ritiene di corrispondere. Nel caso di specie, l'avvocato tratterrà tutte le spese sostenute (soggetto che ha redatto la falsa lettera di incidente, procacciatore, medico o paramedico che hanno redatto i falsi certificati o i falsi

documenti sanitari, falso testimone, eventuale “parcella” per il giudice di pace”, spese di giudizio ed il suo onorario, il tutto evidentemente esentasse in quanto rientrante nella “liquidazione omnia” che, come tale è esente da tassazione), mentre liquiderà al falso sinistrato quanto convenuto all’atto dell’accordo iniziale trattenendo tutto il resto a titolo di compenso.

2.2) - LE MODALITA’ DELLE TRUFFE

Se i falsi incidenti costituiscono la nota più dolente per i bilanci delle Compagnie assicurative, altri problemi vengono da altra attività truffaldine.

Queste possono essere riassunte in tre tipologie di truffe:

- 1) i falsi tagliandi assicurativi;
- 2) le polizze autentiche contraffatte;
- 3) i falsi attestati di rischio.

Tutte e tre le citate tipologie truffaldine causano alle Compagnie rilevanti danni economici per i mancati introiti che ne derivano. Quindi un fattore diverso rispetto al precedente che causava un esborso diretto dalle casse delle Compagnie. Qui si tratta di mancati introiti cioè del mancato guadagno e della perdita complessiva di fatturato.

I falsi tagliandi assicurativi sono, da un certo punto di vista, una diretta conseguenza dell’aumento esponenziale delle polizze che si è registrato in questi ultimi anni. Infatti il fenomeno, almeno nella città di Napoli, era pressochè assente dal panorama investigativo cittadino sino a qualche anno orsono. Le denunce presentate in due mesi campione – marzo degli ultimi due anni – 1998 – 1999 – evidenziano come, complessivamente, vi siano state solo n. 12 denunce per truffa in danno delle Compagnie assicurative e nella dizione truffa negli archivi elettronici del Ministero dell’interno sono rappresentate tutte le tipologie truffaldine precedentemente descritte. Nel periodo dicembre 1999/aprile 2000 si è, invece, assistito ad un progressivo aumento delle denunce così come indicato nello schema seguente.

MARZO 98	4
MARZO 99	8
DICEMBRE 99	55

GENNAIO 2000	112
FEBBRAIO 2000	111
MARZO 2000	143
APRILE 2000	94

Si rappresenta che a partire dal dicembre 1999, a seguito di una circolare del Procuratore della Repubblica di Napoli, Dr Agostino Cordova, le contestazioni per l'uso del contrassegno assicurativo falso avvengono per il reato di ricettazione anziché per il reato meno grave di uso di atto falso e truffa che venivano contestati sino a quel momento.

I due anni presi in considerazione rappresentano quelli in cui l'aumento del costo delle polizze si è sviluppato in maniera crescente sino a giungere ad oltre il 200% del costo della polizza nella metà degli anni 90.

Ovviamente, questa constatazione non può in nessun modo costituire una scusante o una scriminante non codificata del reato posto in essere, ma, se non si vuole affrontare il problema solo dal punto di vista della pur necessaria repressione del reato ma se ne vogliono verificare le cause intrinseche in una realtà sociale ed economica molto particolare come quella napoletana, non si può fare a meno di rilevare che l'aumento delle denunce è direttamente proporzionale all'aumento del costo delle polizze.

I livelli di costi attuali, dovuti ad una abnorme interpretazione legislativa che falcoltizza le Compagnie ad aumentare i costi nelle province dove, secondo le loro stime statistiche, maggiore è l'incidenza dei risarcimenti (la confutazione di tale sistema e delle relative stime è affidata ad altra parte del presente lavoro), rappresentano per una parte della popolazione napoletana una impossibilità pratica all'acquisizione di una polizza regolare e, per un'altra parte ancora più consistente, un gravosissimo sacrificio nell'ambito dell'economia familiare.

Attualmente, per assicurare un'autovettura di medie dimensioni, in una classe di merito abbastanza bassa (ad esempio la 4^a), si pagano tariffe che variano da 1.200.000 a 1.600.000 lire annue, cioè uno stipendio medio mensile di un operaio o impiegato di basso livello. Se a ciò si aggiunge l'assoluta impossibilità odierna di assicurare un ciclomotore, infatti le Compagnie rifiutano tale tipo di assicurazione in contrasto con la normativa che impone alle stesse di procedere al contratto ove richiesto, oppure stipulano tali contratti a prezzi che vanno dalle 900.000 al 1.200.000 lire e solo ai clienti che hanno già

contratti d'assicurazione o R.C. auto o polizze vita (in alcuni casi viene anche richiesta la stipula di una polizza vita con richieste che possono a buona ragione essere considerate di natura estorsiva), ben si comprende il dramma a cui sono sottoposti i cittadini napoletani che, tra l'altro, non hanno a disposizione neanche una efficiente rete di trasporti che consentirebbe l'abbandono definitivo dell'autovettura.

In tale situazione non può meravigliare l'aumento delle denunce per l'uso dei falsi tagliandi assicurativi in quanto ai consueti truffatori, delinquenti abituali e professionisti del settore, si sono, inevitabilmente aggiunti soggetti che si sono lasciati trascinare nel reato dalla facilità di acquisizione dei tagliandi falsi (acquistabili a sole 100.000 lire), dalla difficoltà di contrarre una polizza regolare sia per la politica delle Compagnie tese a ridurre la loro presenza sul mercato napoletano, sia per i costi precedentemente evidenziati.

Recentemente, è giunta alla Squadra Mobile una lettera denuncia contenente l'accorato appello di un anziano automobilista, impiegato pensionato, il quale riferiva che a fronte della sua pensione ammontante a 1.400.000 lire, il suo agente assicurativo si è prima rifiutato di rinnovare la polizza, pur in assenza di sinistri denunciati e della permanenza nella prima classe di merito, e, poi, di fronte alle insistenze dell'anziano pensionato, ha richiesto il pagamento di un premio di £ 1.600.000.

L'anziano, non potendo far fronte a questa richiesta, ha dovuto abbandonare l'autovettura con gravi problemi per la moglie che, invalida, ha bisogno di essere periodicamente trasportata in un centro medico per gli esami del caso.

D'altra parte, l'interesse al fenomeno dei falsi tagliandi può trovare riscontro anche da parte di agenti assicurativi senza scrupoli; in una attività investigativa è emerso che un agente assicurativo aveva acquistato alcune decine di tagliandi falsi rivendendoli ai suoi ignari clienti come autentici. Gli acquirenti credevano di aver stipulato un regolare contratto assicurativo esponendosi, così, al rischio di essere denunciati per il reato di ricettazione ed uso di atto falso e di trovarsi esposti, in caso di incidente provocato, ad una richiesta di risarcimento del danno dalla controparte con conseguenze disastrose per l'economia familiare.

La produzione dei falsi tagliandi avviene con grande facilità oggi anche non necessariamente nell'ambito di tipografie particolarmente attrezzate. Basta avere un computer, uno scanner ed una stampante a colori per poter stampare migliaia di falsi tagliandi partendo da un originale ottenuto grazie alla complicità di un agente assicurativo. Assistiamo a falsi più o meno perfezionati; infatti alcuni riportano, ad

esempio, un numero di polizza compatibile con quelli emessi da quella Compagnia, altri, invece, presentano una qualità di carta ed una asimmetria dei dati che li rende facilmente riconoscibili come falsi.

Purtroppo, nonostante numerose richieste avanzate dalla Polizia di Stato, non è ancora stato reso operativo un numero verde nazionale che consenta agli operatori su strada di accertare, in tempo reale, la contraffazione del tagliando. Infatti, solo la professionalità e l'esperienza degli Agenti di polizia consente loro di capire che un tagliando è stato prodotto illegalmente, in tal caso il contrassegno viene sequestrato per dar luogo ai successivi accertamenti attraverso i normali canali delle Compagnie. Ovviamente molti tagliandi, soprattutto quelli meglio contraffatti, non vengono rilevati come falsi sfuggendo all'attività di repressione proprio a causa della mancanza di un efficace possibilità di controllo in tempo reale.

Passando, invece, alle polizze contraffatte, si deve immediatamente precisare che si tratta di polizze assicurative rilasciate effettivamente da Agenti di una Compagnia ma che presentano una contraffazione tale da consentire al cliente il pagamento del premio previsto in misura ridotta.

L'attuale sistema delle tariffe, come descritto in altra parte del presente lavoro, comporta tariffe localmente differenziate a seconda del bacino d'utenza ed al coefficiente di rischio attribuito a quella provincia in relazione al numero di sinistri denunciati negli anni precedenti. Quindi, l'appartenenza ad una provincia di residenza anziché ad un'altra comporta una differenza a volte molto sensibile sull'importo del premio assicurativo.

Napoli, ovviamente, è nella prima fascia di rischio pertanto le tariffe per i suoi residenti sono le più alte d'Italia. A titolo di esempio può rappresentarsi che la differenza per un'autovettura di media cilindrata, ad esempio una Fiat Brava 1600 cc. In 14^a classe di merito, può giungere anche al 108% come dimostrato nella tabella seguente (fonte Zurigo Assicurazioni - Agenzia C. & C. di R. Candido).

Avellino	Matera	Roma	Napoli
1.423	1.630	2.786	3.048

Mentre in 1^a classe le variazioni sono lievemente più contenute nell'ordine del 100%

Avellino	Matera	Roma	Napoli
615	705	1.205	1.319

* (gli importi sono espressi in migliaia di lire)

Pertanto, se un Agente o sub Agente, anziché indicare come provincia di residenza Napoli, indica falsamente Avellino, otterrà per il suo cliente una riduzione del premio di oltre il 100%. Sono ovvi i vantaggi per l'assicuratore che potrà facilmente mettere fuori gioco la concorrenza offrendo polizze a prezzi stracciati con grave danno economico per la Compagnia che offrirà copertura assicurativa ad un prezzo notevolmente inferiore a quello convenzionalmente previsto.

In alcuni casi, invece, la truffa viene consumata in danno anche dell'assicurato. Infatti l'Agente, all'insaputa dell'assicurato, redige una copia del modulo del contratto d'assicurazione riportante l'esatta residenza del contraente e destinata allo stesso assicurato. Sulla seconda copia, invece, viene cancellata la città di residenza e vi viene sovrapposta l'indicazione di una città con coefficiente inferiore. Quindi alla Compagnia verrà inviata la copia con la residenza falsificata mettendo in copertura l'importo minore ed intascando la differenza.

Per attuare la truffa con entrambe le modalità descritte occorre, però, la complicità di un Agente della cittadina con coefficiente minore. Infatti non è consentito ad un Agente di stipulare contratti in una provincia differente a quella per la quale ha la concessione. L'Agente, o nei casi riscontrati nel corso delle indagini un sub agente, ad esempio napoletano, dovrà appoggiarsi ad altro Agente di quella provincia, ad esempio di Matera, che invierà alla Compagnia il contratto e gestirà la pratica.

E questo è proprio il caso dell'associazione criminale scoperta a Napoli dalla Squadra Mobile nel dicembre dello scorso anno. Una rete di sub agenti, operante in Napoli e provincia, stipulava contratti assicurativi a prezzi scontati per attirare la clientela, poi sostituiva la città di residenza cambiando l'indicazione Napoli con quella Roma ed inviando le polizze così contraffatte ad un importante Agente romano, fiduciario di numerose Compagnie, che le portava in copertura.

In caso di sinistro, l'assicurato doveva contattare il proprio sub agente che provvedeva a comunicare il sinistro avendo cura di modificare, ancora una volta, la città di residenza.

Nello specifico, in una indagine condotta dalla Procura della Repubblica di Napoli, sono state chiuse ben quattro agenzie mentre ad una quarta sono state sequestrate quasi 5000 polizze contraffatte.

Nel corso della stessa indagine è stato evidenziato come gli Agenti infedeli preparavano per i loro clienti anche certificati di rischio falsificati così da accettarli in una classe di merito notevolmente inferiore a quella spettante. La somma delle due truffe offriva al cliente un risparmio di circa il 50% del costo della polizza, agli Agenti un fatturato enorme che mai avrebbero potuto sviluppare senza gli

eccezionali sconti offerti (oltre a fuori busta che in alcuni casi si facevano pagare per servizi extra), con un danno accertato per le Compagnie interessate, oltre venti, superiore ai 3 miliardi di lire annue.

Gli attestati di rischio, come detto, sono i certificati che la Compagnia presso la quale l'utente è assicurato è obbligata a rilasciare al cliente alla cessazione del contratto per consentire a questi di assicurarsi presso altra Compagnia mantenendo la classe di merito spettante. Le classi di merito, nelle polizze con il sistema Bonus – Malus, scattano verso il basso di una classe ogni anno trascorso senza incidenti mentre si innalzano di due livelli per ogni incidente denunciato. L'assicurato che non denuncia sinistri è interessato a mantenere la sua classe di merito mentre l'assicurato che denuncia sinistri, siano essi falsi che veri, cerca di eludere la norma cambiando Compagnia assicurativa. Nel caso più lineare l'utente farà intestare la nuova polizza ad un familiare facendola rientrare, così, tra le nuove polizze con l'immissione del nuovo assicurato nella classe d'ingresso, la 14^a. Nei casi truffaldini, invece, ci si procurerà un attestato di rischio falsificato con gli stessi strumenti della falsificazione delle polizze o attraverso un Agente compiacente, compilandolo a proprio piacere ed assegnandosi una classe di merito molto bassa. Il risparmio che vi è tra una 18^a classe ed una 1^a classe è evidenziato nel prospetto seguente sempre ponendo come parametro una Fiat Brava 1600 cc (fonte RAS maggio 2000)

18 ^a	14 ^a	7 ^a	4 ^a	1 ^a
6.381	2.807	1.808	1.502	1.272

(cifre espresse in migliaia di lire)

Come sarà meglio evidenziato nel paragrafo seguente, il controllo degli attestati di rischio all'atto della stipula del nuovo contratto non viene praticamente mai effettuato anche a causa della mancanza di informatizzazione dei dati da parte delle Compagnie.

2.3) - L'ATTIVITA' DI CONTRASTO

Nel mese di ottobre 1999, all'atto del suo insediamento nella città di Napoli, l'allora Questore Dr Antonio Manganelli, oggi Vice Capo della Polizia – Direttore Centrale della Polizia Criminale, tra i molteplici problemi che si è trovato ad affrontare, ha immediatamente registrato una grave e crescente tensione nel settore delle assicurazioni.

Da più parti, ed in particolar modo ad opera delle Confederazioni sindacali del settore, veniva denunciato il tentativo operato dalle maggiori Compagnie di abbandonare la provincia partenopea asseritamente a causa dell'elevato numero di truffe poste in essere nella zona. Tale prospettiva risultava particolarmente preoccupante in una situazione generale di carenza di occupazione che si sarebbe ulteriormente aggravata con la perdita di centinaia di posti di lavoro dovuta alla chiusura di agenzie e di ispettorati.

Al contempo, sempre più forte era la protesta delle associazioni dei consumatori, ed in primo luogo del CODAS, il Comitato per la difesa degli Assicurati, che denunciava il macroscopico aumento delle tariffe con una evidente sproporzione tra automobilisti di varie province in violazione al principio di eguaglianza sancito dall'art. 3 della carta costituzionale.

Anche le associazioni delle Compagnie e quelle degli Agenti assicurativi facevano valere le proprie ragioni chiedendo maggiore tutela per i loro associati ed un' incisiva iniziativa giudiziaria contro il fenomeno delle truffe.

A fronte di tale situazione, il Questore Manganeli ha tempestivamente disposto la costituzione in seno alla Squadra Mobile di uno speciale gruppo investigativo con il compito di coordinare le attività d'indagine della Polizia di Stato in questo settore. Compito primario del Gruppo di lavoro era l'elaborazione di procedure standard e di modalità d'indagine ed operative per le investigazioni nel campo delle truffe nel settore R.C. Auto, nonché costituire il necessario raccordo con la Procura della Repubblica per lo sviluppo di particolari e più importanti indagini in materia.

Il Gruppo di lavoro venne inserito, per competenza funzionale, nella Squadra Mobile, diretta dal dr Romolo Panico, ed inserito nella 5ª Sezione affidata al Vice Questore Aggiunto Dr Maurizio Vallone. Il Gruppo, composto da dieci dipendenti tra i quali tre dei migliori Ispettori dell'Ufficio, ha cominciato ad operare nella metà del mese di novembre 1999.

Venne subito focalizzato il primo settore d'intervento nella necessità di una importante opera di prevenzione basata sulla necessità di fare prendere cognizione alla collettività napoletana del grave problema rappresentato dalle truffe assicurative e del disvalore sociale delle stesse. Infatti, ormai la truffa in danno della Compagnia assicurativa era diventata per il napoletano un vero e proprio ammortizzatore sociale, uno dei tanti esistenti in questa provincia, teso ad elargire somme di denaro non dovute ai cittadini in danno di entità astratte e

lontane quali le Compagnie assicurative. Nell'immaginario comune la truffa non costituiva atto socialmente riprovabile ma una giusta remunerazione a fronte degli alti costi pretesi dalle Compagnie per la stipula dei contratti.

Occorreva, quindi, una imponente attività di informazione e di prevenzione volta a riportare la situazione in un alveo di normalità. Il cittadino "onesto", cioè colui che normalmente non delinque, doveva essere messo di fronte alla consapevolezza del disvalore sociale dell'attività delittuosa ed alla consapevolezza della possibilità di essere perseguito penalmente per tale azione.

Tutto ciò è stato possibile in tempi relativamente brevi grazie soprattutto ad una attività pubblicitaria resa possibile dall'attenzione dedicata al problema dai mass media ed in particolare dal quotidiano "La Repubblica" che ad opera del suo Capo Redattore napoletano, il Dr Antonio Corbo, per primo si è fatto promotore di una campagna di sensibilizzazione sociale sul problema con ampie pagine e l'organizzazione di Forum.

La stessa costituzione del Gruppo di lavoro, ampiamente pubblicizzata dalla stampa ed in numerosi convegni indetti dalle organizzazioni sindacali di categoria e dalle associazioni dei consumatori, ha sortito un importante effetto deterrente contribuendo ad una generale presa di coscienza del fenomeno e ad una nuova consapevolezza circa le conseguenze economiche che, se non si riesce a porre un freno al fenomeno, tutti gli utenti dovranno affrontare all'atto del rinnovo delle polizze a causa degli aumenti tariffari.

Ma l'aspetto più importante che il Gruppo ha dovuto tenere in considerazione è stato soprattutto la necessità di sensibilizzare gli apparati di prevenzione e repressione con particolare attenzione a quegli uffici che più degli altri si trovano in prima linea nell'affrontare alcune delle più importanti fenomenologie delle truffe.

Acquisita la cognizione delle principali modalità truffaldine, ed in particolare quelle descritte nel paragrafo precedente in relazione al danno biologico, il Gruppo ha presentato una relazione al Questore che ha immediatamente emanato una circolare a tutti gli Uffici della Polizia di Stato evidenziando le principali modalità operative delle organizzazioni criminali del settore ed indicando, nel Gruppo di lavoro, il referente coordinatore delle attività investigative.

Nella circolare, tra l'altro, si fa obbligo ai posti di Polizia presso i maggiori ospedali cittadini di procedere ad una immediata mini inchiesta in tutti i casi in cui presso un Pronto Soccorso si presenti un soggetto che assuma di aver subito lesioni da incidente stradale.

Gli Agenti devono acquisire immediate informazioni dal soggetto, verbalizzandole, richiedendo tutti i particolari sul presunto incidente

con particolare riferimento ai veicoli coinvolti, alle modalità di tempo e di luogo ed a eventuali testimoni presenti ai fatti. In tal modo si eviterà che il lesionato possa successivamente denunciare una falsa versione dei fatti tale da dar luogo ad una indebita richiesta di risarcimento danni. Infatti, come detto, spesso, nell'emergenza della lesione causata da incidente non automobilistico, la vittima dichiara presso l'ospedale di prima cura di essere stato vittima di un incidente automobilistico riservandosi solo in un secondo momento di "mettere a posto le carte", cioè contattare un faccendiere che ponga in essere tutta la documentazione utile a richiedere il risarcimento del danno con una falsa lettera di denuncia. Dovendo, invece, l'infortunato dichiarare subito tutti i particolari dell'incidente, verrà fortemente limitata la possibilità di tentare la truffa non essendo, di norma, in grado di indicare immediatamente i dati, anche generici, del conducente e dell'autovettura che poi saranno individuati per la redazione della comunicazione di sinistro alla Compagnia assicuratrice.

La semplice predisposizione e diffusione della circolare ha già sortito, nei suoi primi cinque mesi di applicazione, l'effetto di vedere ridurre tali denunce ed ha consentito di individuare decine di denunce truffaldine. In particolare occorre dare particolare merito al personale del posto di Polizia dell'ospedale di Castellammare di Stabia, dipendente dal Commissariato di quella cittadina, il quale da solo fornisce ogni mese un numero considerevole di denunce per false dichiarazioni rese alla polizia giudiziaria e tentata truffa in danno di compagnie assicurative sulla base delle sole contraddizioni emerse in sede di esame.

D'altro canto, il Signor Procuratore della Repubblica di Napoli, Dr Agostino Cordova, come già evidenziato nel paragrafo precedente, ha posto con forza, in diverse occasioni, il problema della prevenzione e repressione su strada del fenomeno dei falsi tagliandi assicurativi esortando le Forze dell'Ordine ad eseguire incisivi controlli sugli automobilisti ed a contestare il reato di ricettazione a quelli trovati in possesso di falsi tagliandi.

Quindi, dal mese di novembre del 1999 è stato dato un nuovo strumento operativo alle Forze dell'Ordine impegnate in tale settore, fortemente incisivo per la sua capacità di autonoma procedibilità (per il reato di ricettazione vi è la procedibilità d'ufficio mentre per quello di truffa semplice la procedibilità è a querela da parte della Compagnia assicurativa danneggiata) e per una entità della pena edittale sicuramente più intimidativa rispetto alle blande pene previste per il reato di truffa.

I risultati conseguiti sono un fedele specchio dell'impegno profuso dalle Forze dell'Ordine in tale settore. I dati esposti nel paragrafo precedente, e sintetizzati per tipologia di reato nella tabella seguente, sono ampiamente significativi di una produttiva attività effettuata direttamente dal Gruppo di lavoro o attraverso il coordinamento degli altri uffici della Polizia di Stato partenopei e grazie alla fattiva collaborazione del Compartimento della Polizia Stradale della Campania all'epoca diretto dal Generale Artizu.

Dicembre 1999/15 maggio 2000

Associazione per delinquere	34
Truffa	79
Falsità in scrittura privata	239
Uso di atto falso	122
Esercizio abusivo di professione	4
Ricettazione	115

(fonte Gruppo di lavoro Squadra Mobile Napoli)

Ovviamente i dati esposti non tengono conto delle attività in corso e coperte, sino ad oggi, dal segreto istruttorio che si auspica sfocieranno nel corso dell'anno in numerosi provvedimenti restrittivi per lo più per reati associativi. Queste indagini, coordinate dalle Procure della Repubblica di Napoli, Torre Annunziata e Nola, hanno trovato un grandissimo impulso in questi mesi grazie all'acquisizione di tecniche investigative moderne ed all'acquisizione delle conoscenze informative nel settore.

Una fonte informativa, particolarmente inserita in certe realtà collegate al mondo delle organizzazioni criminali del settore, nel mese di marzo riferiva che le attività delle predette associazioni si erano, a partire dal mese di gennaio, drasticamente ridotte di oltre il 50% a causa dell'attività di contrasto posta in essere da magistratura e Forze dell'Ordine e dalla campagna stampa che ha scoraggiato coloro che, al di fuori di ambienti criminali, sino ad oggi, avevano approfittato di una situazione di fatto che consentiva, con estrema facilità e senza rischi, di lucrare in danno delle Compagnie assicurative.

CAPITOLO 3^a - I PUNTI DI CRISI DEL SISTEMA

di Antonio Coviello e Maurizio Vallone

3.1) – I PUNTI DI DEBOLEZZA

I progressi ed i risultati conseguiti ed evidenziati nel precedente paragrafo si scontrano con una realtà del mondo assicurativo oggi assolutamente carente per ciò che riguarda la sicurezza, la cura e l'interesse per l'acquisizione di clientela selezionata ed affidabile.

Ancora oggi, nonostante i tanti problemi del settore prospettati in tutte le riunioni e convegni, oltre che nelle aule Parlamentari, non sono stati fatti passi significativi da parte delle Compagnie di assicurazione per garantire un adeguato substrato informativo e di sicurezza agli apparati. Non si va oltre a generiche dichiarazioni d'intenti, demandate spesso ai rappresentanti delle cosiddette Aree Speciali (strutture delle Compagnie che si occupano delle pratiche a rischio staccate dal territorio), o alle Aree Speciali dell'ANIA, l'Associazione Nazionale delle Imprese Assicuratrici, o dell'ISVAP, l'Istituto di controllo delle Compagnie assicuratrici. In concreto, invece, le Compagnie non sono disposte ad investire alcunché nella sicurezza, sino ad oggi.

Perché sino ad oggi? Forse le cose cominceranno a cambiare da quando un decreto Governativo, convertito in legge solo il 24.5.2000, ha bloccato, seppure con molte incertezze, gli aumenti tariffari previsti per il 2000 imponendo alle Compagnie di stipulare i rinnovi dei contratti allo stesso prezzo stabilito per il 1999.

Di fatto, così, si è interrotta la spirale che vedeva soccombente solo l'utente, e maggiormente laddove l'utente era un contraente onesto. Infatti le Compagnie, all'aumento delle truffe, o in generale dei costi dei risarcimenti, non facevano altro che trasferire tali aumenti sugli utenti con aumenti tariffari che negli ultimi anni avevano raggiunte punte del 35% annuo. In questa situazione di privilegio, si ricorda che l'assicurazione auto in Italia è obbligatoria e, pertanto, all'utente non resta che la facoltà di scegliersi la Compagnia ma non se assicurarsi o meno, l'esercizio dell'impresa di assicurazione perdeva una delle caratteristiche peculiari delle aziende che operano sul libero mercato, cioè il rischio d'impresa. Nessun rischio può esservi se il mercato è protetto ed obbligatorio e le Compagnie, in violazione a qualsiasi

legge antimonopolio, impongono ad una utenza, obbligata ad assicurarsi, aumenti standard ai quali ci si può sottrarre solo sacrificando l'uso dell'autovettura.

Nessun criterio di buona amministrazione dell'impresa, quindi, ma solo un calcolo tra le perdite del settore e gli aumenti da imporre per l'anno successivo. E tutto ciò a fronte di un vantaggio economico di cui godono le Compagnie che deriva dall'acquisizione di una imponente massa di liquidità da impiegare per un tempo definito (dal momento della riscossione a quello dell'avvenuto sinistro), più un tempo indefinito (dalla richiesta di risarcimento del danno all'effettiva liquidazione che, di fatto, viene fatta slittare ad libitum).

Pertanto, nessun reale interesse vi può essere per le Compagnie ad attivare vere procedure di sicurezza. Basti pensare che non esiste un archivio centralizzato e disponibile in linea tra le Compagnie per la verifica dell'autenticità degli attestati di rischio. Il Gruppo di lavoro, in alcuni casi, per ottenere risposte certe sull'autenticità di attestati di rischio sequestrati nel corso di operazioni di polizia giudiziaria, ha dovuto attendere anche un mese, con grave pregiudizio per la tempestività delle contestazioni.

Ma vi è di più. E' proprio l'organizzazione del sistema stesso del mondo assicurativo a far sì che la truffa nasca spontaneamente. Le Compagnie demandano ad Agenti, soggetti esterni alle Compagnie stesse, l'acquisizione dei clienti. L'Agente ha l'unico interesse ad aumentare il suo volume d'affari, essendo pagato a percentuale sui contratti stipulati, senza doversi preoccupare della qualità del cliente acquisito. Nessun dovere di accertamento è richiesto all'Agente, nemmeno quello di verificare "de visu" l'esistenza dell'autovettura assicurata. Basta produrre un libretto di circolazione ed un documento per ottenere una polizza assicurativa. Nessun decalogo o procedura di sicurezza è prevista all'atto della stipula del contratto. Quasi nessun assicuratore controlla, di fatto, l'attestato di rischio proveniente da altra Compagnia. Semplicemente non ne ha nessun interesse; perché dovrebbe rifiutare un nuovo contratto dal quale trae un vantaggio economico?

D'altra parte le Compagnie non prevedono sanzioni pecuniarie a carico dell'Agente i cui contratti si rivelano non redditizi perché danno luogo a costosi risarcimenti di natura truffaldina.

Ovviamente vi sono molti Agenti assolutamente coscienti ed altamente professionali che selezionano accuratamente la clientela, ma bastano pochi Agenti incuranti, ed in alcuni casi conniventi come dimostrato dalle indagini sopra descritte, per dar luogo ad una pleora di sub Agenti privi di qualsiasi scrupolo e veri canali delle attività truffaldine in danno delle Compagnie e degli assicurati.

Un importante Agente napoletano, ai primi di aprile, confidava di essere assolutamente sconcertato dall'atteggiamento della sua Compagnia. Negli ultimi tempi questa stava dimettendo alcune concessioni ad Agenti secondo una logica di riduzione della sua presenza nella provincia di Napoli asseritamente a causa dell'alto numero di truffe che non rende remunerativo il mercato napoletano; ebbene, invece di eliminare le concessioni a quegli Agenti i cui corposi portafogli clienti si erano dimostrati non affidabili, stava revocando le concessioni agli Agenti che, per prudenza e per scelta di selezione di clientela, producevano un fatturato minore ma maggiormente garantito. E stiamo parlando di una Compagnia leader del settore assicurativo auto.

Quindi, una volta di più, appare confermato come l'unico interesse delle Compagnie è quello di ottenere comunque liquidità indipendentemente dall'affidabilità del portafoglio.

Ma il disinteresse delle Compagnie verso le attività truffaldine si misura anche in altre circostanze. Più volte è stata sollecitata dalla Squadra Mobile una maggiore flessibilità nella proposizione della querela da parte delle Compagnie. Come noto la querela, per il reato di truffa semplice, è una condizione di procedibilità per la perseguibilità del reato. Cioè senza questo atto formale sporto dal soggetto che ha subito una lesione nei suoi interessi patrimoniali dall'attività delittuosa, le Forze dell'Ordine non possono procedere a nessun atto d'indagine salvo gli accertamenti nella flagranza del reato. La querela è un atto formale che deve essere proposta da chi ha la rappresentanza legale della Compagnia o da un suo rappresentante. Il rappresentante legale della Compagnia, solitamente, è il Presidente della stessa. E' assolutamente impensabile che i Presidenti di importanti Compagnie di carattere nazionale ed internazionale possano porre in essere tutte le innumerevoli querele per le singole truffe consumate o tentate contro quella Compagnia. Pertanto, è stato suggerito di delegare tale incombenza a rappresentanti locali delle stesse o a personaggi ad hoc itineranti (ad esempio personale degli ispettorati centrali) se proprio non si vuole esporre il personale locale. Questi suggerimenti sono caduti sistematicamente nel vuoto con il risultato che, a fronte degli accertamenti positivi della Polizia sull'esistenza della truffa, comunicati alle Compagnie con la richiesta di proposizione di querela per la prosecuzione dell'attività giudiziaria, le querele non giungono paralizzando attività investigative già di fatto concluse con l'individuazione dei responsabili che, così, non potranno mai essere portati in un'aula di giustizia per rendere conto delle proprie azioni. In tal modo la truffa alle Compagnie assicurative è un reato che paga in quanto rende grosse somme di denaro con un rischio

minimo di subire conseguenze penali. Le Forze dell'Ordine e la Magistratura devono, pertanto, ricercare prove molto più difficili in ordine a reati procedibili d'ufficio come la ricettazione, la contraffazione e l'associazione per delinquere il cui accertamento è estremamente difficoltoso e richiede tempi lunghi che non sempre può portare a risultati positivi.

Ma ancora, gli uffici sinistri delle Compagnie sono assolutamente carenti sotto molteplici profili; solitamente non riescono a garantire la perizia e la visione del veicolo danneggiato nei cinque giorni imposti dalla legge al danneggiato che, per tale periodo, deve tenere l'auto a disposizione della Compagnia per le necessarie verifiche. Ciò comporta che, trascorso questo periodo, il danneggiato può procedere alla riparazione dell'auto facendo sì che la perizia successiva si limiterà a verificare che l'auto è stata riparata e ad acquisire le relative fatture. Non sarà possibile, quindi, verificare l'esatta entità del danno o se unitamente al danno sofferto nel sinistro in denuncia non sia stata fatta effettuare anche altra riparazione collaterale, pregressa, inserita fraudolentemente in fattura. Inoltre, se il danno è di modesta entità, di solito al di sotto dei due milioni di lire, l'ufficio sinistri procederà alla liquidazione del danno anche se è in possesso di una dichiarazione della controparte che contesta il danno o le modalità del sinistro, o ancora peggio, anche se è in possesso di dati dai quali risulta che la richiesta di risarcimento del danno è frutto di attività palesemente truffaldina. Infatti l'ufficio sinistri, per specifiche direttive delle Compagnie, a fronte di danni di lieve entità preferisce liquidare anziché resistere in un giudizio che, tra spese legali e di procedimento, costerebbe di più del risarcimento richiesto. Peraltro, il danno di tale esiguità è completamente riassorbito nel corso di pochissimi anni dallo scatto di due classi di merito che toccherà all'assicurato e che questi si porterà appresso a vita. L'incidenza di tale scatto è evidenziato nella tabella del paragrafo precedente. Si badi bene che l'aumento scatterà per il solo fatto che l'assicurato ha rappresentato che è stato coinvolto in un sinistro anche se assume di esserne parte lesa e che le pretese della controparte sono da considerarsi illegittime. La Compagnia applicherà immediatamente l'aumento salvo restituzione a contenzioso concluso positivamente. Ma l'assicurato non potrà in nessun modo far valere le sue ragioni se, nelle modalità sopra descritte, la Compagnia decide di procedere comunque al pagamento.

Ancora una volta il sistema tende a proteggere il soggetto truffaldino ed a non fornire alcuna garanzia per l'assicurato con il totale disinteresse della Compagnia che, come dimostrato, non solo non

subisce alcuna perdita, ma, alla lunga, ricava un guadagno dall'aver liquidato un sinistro truffaldino.

Occorre, però, evidenziare anche il grave stato di disagio in cui gli uffici sinistri delle Compagnie operano in zone ad alta incidenza criminale dove spesso i dipendenti delle Compagnie vengono fatti oggetto a ripetute minacce ed intimidazioni o, in alcuni casi fortunatamente circoscritti, anche a violenze e lesioni ad opera di quei soggetti legati ai faccendieri di cui si ampiamente scritto in precedenza.

Anche in questi casi, però, la collaborazione delle Compagnie e degli stessi dipendenti con le Forze dell'Ordine è scarsissima. Questi episodi di violenza ed intimidazione non vengono quasi mai denunciati. Le Compagnie preferiscono trasferire il dipendente a rischio ad altri incarichi e cercano di giungere a compromessi con le organizzazioni criminali. Un responsabile di una importante Compagnia napoletana ufficiosamente ha riferito che due anni orsono ebbe la certezza che un legale napoletano era al centro di attività illecite nel settore assicurativo e stava ponendo in essere numerose truffe in danno della sua Compagnia. Il legale fu convocato dai vertici della società e fu messo di fronte all'alternativa di essere denunciato o di indirizzare le truffe nei confronti di altre Compagnie. Ovviamente il compromesso fu raggiunto nel secondo senso con il risultato per l'azienda di aver trasferito il problema su di un'altra Compagnia.

Ancora, come già evidenziato nel paragrafo precedente, anche la liquidazione avviene, di solito, in contrasto con la legislazione fiscale e, sostanzialmente, in danno dell'utente. La liquidazione "Omnia", con assegno intestato al risarcito ma inviato all'avvocato patrocinante e nel quale è compresa la sua parcella, aggira e viola la normativa fiscale che prevede la tassazione dell'onorario del legale facendola invece rientrare nel risarcimento della vittima del sinistro che, in quanto tale, è esente da tassazione. Solo raramente il danneggiato viene messo a conoscenza del reale importo corrisposto a titolo di risarcimento; negli altri casi è rimesso alla discrezionalità del legale l'incasso dell'assegno e la restituzione della parte spettante al danneggiato.

Infine, occorre una attenta attività di controllo in sede ospedaliera di tutta la procedura delle certificazioni sanitarie soprattutto relativa ai Pronto Soccorso. Nel corso di numerose indagini effettuate è emerso che la truffa è stata consumata grazie alla complicità di personale degli Enti ospedalieri che hanno sottratto moduli in bianco di cartelle cliniche, di certificati, nonché timbri dei medici e della struttura sanitaria. In tal modo è stato possibile compilare questi moduli

costruendo una cartella clinica interamente falsa posta a base di richieste di risarcimento per decine di milioni di lire.

In altri casi sono stati falsificati i registri dei Pronto Soccorso dove alcune caselle erano state appositamente lasciate in bianco o annullate con cancellature. I numeri corrispondenti erano stati, poi, utilizzati per la redazione delle cartelle falsificate. Il tutto è reso agevole da un'assoluta mancanza di controllo sulla custodia dei moduli e dei registri e grazie alla mancanza di precise disposizioni che impongano ai medici di firmare i registri ed i certificati in modo leggibile e con proprio timbro in modo da poter immediatamente ricollegare la firma al medico responsabile.

Occorre, quindi, che i responsabili della sanità a livello regionale impongano ai direttori sanitari delle Aziende (ASL) delle precise procedure di numerazione e custodia dei moduli nonché controlli sui registri dei Pronto Soccorso.

Una maggiore chiarezza in questo settore consentirebbe accertamenti veloci e puntuali su documentazioni di dubbia autenticità effettuabili anche a basso costo dagli stessi Uffici Sinistri delle Compagnie per il tramite delle Agenzie di investigazione che, spesso, sono incaricate dalle Compagnie degli accertamenti preliminari sui falsi sinistri.

3.2) – LE SOLUZIONI POSSIBILI

Certamente le attività investigative precedentemente descritte e la nuova sensibilizzazione sul problema ha fatto sì che oggi l'automobilista ha acquisito la coscienza che la truffa alla Compagnia assicurativa costituisce un illecito non solo astrattamente perseguibile ma concretamente perseguito dall'apparato giudiziario con attività preventive e sanzionatorie.

Aver conseguito questo primo obiettivo, che come si ricorderà era stato posto alla base delle attività del Gruppo di lavoro, è certamente un lusinghiero successo. Occorre, però, andare oltre ed individuare possibili rimedi legislativi e contrattuali che consentano una generale organizzazione del settore con procedure e garanzie reciproche, delle Compagnie e degli utenti, atte a riportare entro margini fisiologici il fenomeno delle truffe.

In primo luogo occorre una modernizzazione della struttura delle Compagnie adeguando le stesse ai progressi tecnologici della società attuale. Attualmente gli strumenti informatici di queste Aziende sono finalizzati esclusivamente all'attività contabile e di gestione aziendale senza un vero interesse verso le problematiche della sicurezza e della

repressione delle frodi. Gli stessi archivi in possesso dell'ANIA, e soprattutto le famose schede ANIA sui sinistri, sono, di fatto, un reperto storico di nessuna utilità attuale in quanto le maggiori Compagnie non le tengono aggiornate e non comunicano tempestivamente le variazioni (quando non le comunicano affatto come ammesso da vari responsabili di importanti aziende del settore).

Invece, la predisposizione di un vero strumento informatico consentirebbe di superare moltissimi problemi legati alla sicurezza e, se opportunamente strutturato, non creerebbe seri problemi alla sicurezza aziendale intesa come non disponibilità a comunicare ai concorrenti dati commercialmente "sensibili".

Si potrebbe pensare ad una serie di reti interconnesse tra di loro, una per ogni Compagnie, collegate tutte con un sistema centrale, ad esempio gestito dall'ANIA, al quale le singole reti si collegano per comunicare e per ricevere solo i dati essenziali per la sicurezza e la stipula di un contratto "certificato".

Ogni Compagnia dovrebbe essere dotata di un proprio sistema informatico con terminali collegati, oltre che con gli uffici della stessa Azienda, con le Agenzie mandatarie, o attraverso una rete dedicata o anche attraverso un comunissimo collegamento Internet. Alla stipula del contratto occorrerebbe aprire una scheda informatica nella quale vanno inseriti i dati dell'autovettura e dell'assicurando. La ricerca su tali dati, che dovrebbe essere in linea attraverso il sistema informativo dell'ANIA, consente di ricevere gli "indici di rischio", cioè tutte le posizioni collegate a quel nominativo o a quella targa, evidenziando quelle posizioni per le quali sono sorti, in passato, contenziosi, incidenti multipli o accertamenti di frode. L'attestato di rischio sarebbe automaticamente inserito dal sistema che leggerebbe l'ultima classe assegnata a quel veicolo evitando possibili falsificazioni del documento cartaceo.

Tutti i dati commercialmente sensibili per la Compagnia resterebbero solo nel sistema informativo di quella azienda mentre verrebbero automaticamente comunicati al sistema informatico dell'ANIA "on line", cioè in tempo reale, solo le notizie precedentemente indicate.

La possibilità di aprire una cartella sarebbe offerta solo agli Agenti mandatarie attraverso una gestione di codici di accesso al sistema in linea con le moderne tecniche di riservatezza, personalizzabili dall'Agente, e rinnovate automaticamente secondo appositi calendari.

I sub agenti dovrebbero necessariamente appoggiarsi all'Agente in modo da evitare possibili abusi e forzature del sistema in quanto se nella rete di Agenti è possibile nutrire una certa fiducia, non altrettanto può dirsi nella pleora di sub agenti e procacciatori di affari che, come evidenziato nella indagini svolte, spesso sono disponibili ad assicurare soggetti non assicurabili o a modificare truffaldinamente i dati personali e dell'autovettura pur di offrire un prezzo migliore all'assicurato ed ottenere il contratto.

I costi di una tale rivoluzione informatica sono assolutamente infinitesimali rispetto alle perdite subite dalle Compagnie a causa delle truffe. Un programma e la sua gestione del tipo di quello descritto ha un costo di poche centinaia di milioni che dovrebbe obbligatoriamente essere suddiviso per tutte le Compagnie ed essere adottato come standard comune.

Il sistema gestito dall'Ania, poi, dovrebbe essere dotato di sistemi di protezione e sicurezza, oltre che di verifica a campione, per garantire l'autenticità delle informazioni contenute secondo le moderne procedure di Mirror, Bake Up e di Disaster Recovery, tese a garantire che il sistema continui a funzionare in linea anche in caso di caduta momentanea di uno dei suoi "cervelli"; che ne vengano predisposte copie di sicurezza aggiornate ad esempio ogni settimana durante il week end; e che le suddette copie vengano custodite in ambienti sicuri e diversi da quelli dove ha sede il sistema informatico così che, in qualsiasi caso di danneggiamento del sistema stesso, a causa di incidenti di natura dolosa o dovuta a fatti accidentali o calamità naturali, i dati salvati necessiterebbero solo della ricostruzione dell'aggiornamento al massimo di una settimana, facilmente ottenibile dai sistemi collegati delle singole Compagnie.

Il risparmio di spesa ottenibile è di facile evidenza, basti pensare che un programma del genere, oltre a servire alla Compagnia per la propria gestione contabile e del personale, può fornire statistiche, analisi di mercato generali e locali, ma, soprattutto, eliminerebbe immediatamente le attività truffaldine nel settore dei falsi attestati di rischio che, come dimostrato dai dati forniti nelle tabelle del precedente paragrafo, causano danni per decine di miliardi alle Compagnie fornendo "sconti" illegittimi anche del valore di un paio di milioni all'anno agli automobilisti che, tra l'altro, per essere assegnatari di classi di merito estremamente alte, sono sicuramente soggetti a rischio per l'alto numero di incidenti di cui sono stati causa e, quindi, con la possibilità di essere inseriti in quel contesto criminale

di cui si è detto in precedenza con il compito di redigere le false denunce di sinistro.

Un sistema così concepito, se accessibile in lettura alle Forze di Polizia attraverso il Centro Elaborazione Dati del Ministero dell'Interno, consentirebbe in tempo reale di verificare l'autenticità di una polizza facendo sì che l'accertamento su strada di tale tipo di truffa sia effettuabile con tempi compatibili al fermo dell'autoveicolo.

Il personale di Polizia operante potrebbe, così, agevolmente verificare l'autenticità del tagliando assicurativo anche nei casi in cui la falsificazione è di pregevole fattura e non è facilmente distinguibile da un originale.

Infine, gli accertamenti di polizia giudiziaria nel corso delle indagini sarebbero estremamente facilitati e consentirebbero una agevole prosecuzione dell'attività investigativa mentre le Compagnie sarebbero, a loro volta, tempestivamente informate su questi accertamenti in modo da poter rivedere le polizze in esame per gli opportuni provvedimenti e la predisposizione della querela.

Da alcuni anni il sindacato degli Agenti assicurativi ha avanzato una interessante proposta relativa al risarcimento dei danni alle autovetture. Attualmente l'ANIA ha stipulato alcune convenzioni con le associazioni di categoria degli autocarrozzeri ai cui associati il danneggiato può rivolgersi per un risarcimento in forma specifica che seguirà un percorso accelerato che consente da un lato alla Compagnia di avere certezza e garanzia dell'avvenuta riparazione ad un costo predeterminato e più basso di quello di mercato, dall'altro al danneggiato di vedersi, in tempi più brevi, ripristinata l'autovettura da un carrozziere autorizzato e di provata affidabilità.

Il sistema, sino ad oggi, si basa su accordi contrattuali ed ha trovato una limitata diffusione. Recentemente, all'interno del progetto di legge sulla disciplina del rapporto di Agenzia assicurativa del 18.2.2000, è stato inserito l'art. 3 bis con il quale si prevede di innovare il codice civile inserendo l'art. 2058 bis che impone "per i soli danni a cose derivanti da circolazione stradale – di cui all'art. 2054 – è facoltà del debitore il risarcimento in forma specifica".

Il significato di questa novella legislativa è di facile comprensione; la Compagnia, a sua discrezione, potrà imporre al danneggiato il risarcimento in forma specifica per la riparazione dei danni alle autovetture. La norma ha certamente un contenuto innovativo

dell'intero impianto del codice civile dove solo in casi particolari, e di solito nell'interesse del debitore, si accede al risarcimento in forma specifica.

Dal punto di vista della tutela della Compagnia, e conseguentemente dell'intero sistema assicurativo, di fronte alle possibili attività truffaldine si realizza un indubbio vantaggio con diminuzione di costi e certezza dell'attività riparativa che verrebbe effettuata dai carrozzieri aderenti alla convenzione ANIA. La mancata circolazione di soldi eviterebbe la quasi totalità delle truffe per mancanza dell'interesse del truffatore e limiterebbe quelle impostate su di un danno preesistente al solo ripristino dell'autovettura.

Quindi, il progetto di legge va sicuramente nella direzione giusta ed è giustamente sostenuto dall'associazione di categoria degli Agenti e trova il sostegno delle Compagnie.

Occorre, però, fare anche altre valutazioni in merito. Pur nel riconoscimento della validità e sicura efficacia dell'idea di fondo, occorrerebbe tarare la proposta in maniera da non esporre chi è danneggiato in un sinistro automobilistico a non poter ricevere una giusta reintegrazione patrimoniale. Se un sacrificio è richiesto a chi ha subito un danno per attività illecita della controparte assicurata, non si può pretendere che questi si trasformi nel subire un arbitrio da parte della Compagnia. Non convince l'inciso "è facoltà del debitore", cioè della Compagnia, di optare per il risarcimento in forma specifica o quello tradizionale in denaro. Se l'interesse sociale è quello di dare certezza del tipo di risarcimento da effettuare che non costituisca titolo truffaldino, la Compagnia dovrà in tutti i casi procedere alla riparazione dell'autovettura anche quando questa, paradossalmente, sia più onerosa dell'entità del risarcimento richiesto. Quindi risulterebbe più giusto estendere a tutti i casi di danneggiamento di automezzi l'ipotesi del risarcimento in forma specifica.

Ma l'aspetto che maggiormente preoccupa nella novella legislativa è la mancata predisposizione di controlli e garanzie per il danneggiato. Con la norma in esame il danneggiato non solo viene privato della facoltà di incassare il risarcimento e non procedere alla riparazione dell'automezzo, ma viene anche coartato nella scelta dell'autoriparatore a cui affidare la propria autovettura da individuarsi, evidentemente, nell'elenco ANIA in quanto la norma non prevede nulla a riguardo e si limita a disporre che è il debitore che effettua il risarcimento in forma specifica.

Il danneggiato, quindi, si trova in una situazione di estrema debolezza giuridica resa ancora più grave dal fatto che se non è soddisfatto della riparazione, che come detto viene effettuata da un soggetto scelto dalla Compagnia seppure in un elenco ufficiale, nessuna prospettiva avrà di far valere le proprie ragioni se non in sede giudiziaria che, di fatto, con i tempi e le procedure delle giustizia civile, si risolve in una denegata giustizia soprattutto quando a confrontarsi sono grandi Compagnie ed un normale utente.

Occorrerebbe, quindi, prevedere delle forme di garanzia stragiudiziarie a tutela del danneggiato affinché il danno subito non si risolva in una doppia beffa.

Per ipotesi potrebbe essere affidata ad un Ente Istituzionale, ad esempio il Presidente della Provincia, la potestà della nomina di una Commissione di tecnici terzi rispetto alle Compagnie ed alle associazioni dei consumatori, a cui il danneggiato insoddisfatto dalla riparazione effettuata possa rivolgersi senza spese o formalità e che fissi entro un tempo ristrettissimo una perizia dell'autovettura il cui esito avrà tra le parti il valore di un Lodo arbitrale inappellabile. Il costo della perizia, predisposto con tariffa fissa dal Presidente della Provincia annualmente e con prezzo politico (integrato da un sovrapprezzo a carico dell'ANIA), sarà a carico della parte soccombente. Il Lodo potrà, se del caso, consentire la nuova riparazione da parte di autoriparatore di fiducia del danneggiato con fattura a carico della Compagnia entro il massimale previsto in sentenza e sempre che l'autoriparatore rientri negli elenchi ufficiali di categoria.

Alla Commissione potrebbe anche essere affidato il compito di vigilare sugli autoriparatori inseriti negli elenchi delle convenzioni ANIA con facoltà di sanzioni ed, eventualmente, di sospensione temporanea o cancellazione dagli elenchi stessi.

I vantaggi di questo sistema sono immediatamente intuibili. Da un lato l'abbattimento delle truffe, dall'altro la creazione di un sistema di riparazioni auto normativamente e fiscalmente controllato con conseguenze positive che vanno anche ad incidere sulla complessiva sicurezza della circolazione stradale.

Ma se si vuole dare una effettiva svolta al problema delle truffe nel mondo assicurativo occorre che vengano drasticamente risolti i problemi evidenziati nel precedente paragrafo.

Risulta assolutamente necessario procedere alla riorganizzazione globale delle Compagnie almeno per quanto riguarda i dati concernenti i veicoli assicurati, le loro classi di merito ed i contenziosi intrapresi. Ogni autoveicolo dovrebbe avere un fascicolo (a cui corrisponde la citata cartella informatica) che lo segue anche in caso di passaggio di Compagnia attraverso trasmissione diretta tra le Compagnie e non per il tramite dell'assicurato. All'interno del fascicolo deve essere presente la fotografia del veicolo all'atto della stipula del contratto, possibilmente aggiornata annualmente, e tutte le informazioni circa gli incidenti denunciati. Questi andrebbero seguiti in tutte le loro fasi, anche, ad esempio, attraverso le relazioni dei legali patrocinanti che, tra l'altro, dovrebbero indicare le generalità dei testimoni. Questi dati, che dovrebbero confluire nel citato data base unico in gestione da parte dell'ANIA, potrebbe costituire, attraverso il sistema dell'informatizzazione delle relazioni dei legali delle Compagnie, anche quella anagrafe dei testimoni che da tante parti, e dagli stessi vertici dell'Autorità Giudiziaria napoletana, viene richiesta per porre fine alla piaga delle false testimonianze.

Un sistema così predisposto consentirebbe nell'immediato di frenare decisamente le attività truffaldine in molteplici settori quali i falsi attestati di rischio, le polizze contraffatte ed i falsi testimoni, oltre che in quello dei falsi incidenti con danni alle autovetture dovendo giustificare il danno ricevuto anche in relazione alle fotografie in possesso della Compagnia, e di dare certezza a tutto il sistema.

Con una simile organizzazione, i cui costi sono bassissimi rispetto alle perdite subite dalle Compagnie per le truffe, sarebbe estremamente facile individuare le cosiddette "posizioni a rischio", cioè quegli assicurati che per essere stati sorpresi a tentare o a consumare truffe nel settore o perché denunciano un numero di sinistri superiore a certi parametri di attenzione.

Per questi soggetti sarebbe possibile scrivere regole nuove assicurative che impongano particolari controlli e, conseguentemente, tariffe più elevate.

Un'idea originale sarebbe quella di concentrare queste posizioni a rischio in una unica Compagnia, creata appositamente attraverso un consorzio obbligatorio tra tutte le Compagnie assicurative operanti nel settore, la cui partecipazione alle spese ed agli utili sarebbe proporzionale alla quota di mercato gestita dalla singola Compagnia ed aggiornata dall'ANIA anno per anno.

L'Agente, in presenza delle particolari condizioni previste dalla normativa istitutiva del Consorzio, dovrebbe obbligatoriamente assicurare il cliente con il Consorzio e procedere all'espletamento delle formalità richieste da quella normativa ed applicare le previste tariffe.

Il Consorzio dovrà procedere: ai controlli preliminari dell'autovettura, ivi compresa la fotografia del veicolo, aggiornata annualmente; alla perizia nel termine di legge dei cinque giorni in caso di denuncia di incidente di entrambi i veicoli; al risarcimento in forma specifica del danno all'autovettura; alla perizia medico – legale in caso di danno biologico; all'accertamento sull'identità dei testimoni e sul loro grado di parentela con il presunto danneggiato.

Se l'assicurato per un certo numero di anni, previsti nella normativa istitutiva del Consorzio, non dà luogo a rilievi o riduce il numero di sinistri, sarà riammesso tra la normale utenza con una classe di ingresso predeterminata.

Il Consorzio assicurerà il soggetto complessivamente inteso, cioè per tutti i suoi autoveicoli, così da evitare che il cambio di autovettura possa aggirare la norma in esame. La cessione di un'autovettura gestita dal Consorzio comporterà la continuazione del rapporto con il Consorzio per un periodo determinato di osservazione (ma con i costi e la classe prevista per l'acquirente e determinati da una Compagnia indicata dall'acquirente stesso), al fine di evidenziare possibili cambi di mano finalizzati esclusivamente a frodare la normativa.

Conclusioni

Un progetto di legge che va in questa direzione, sollecitato dai responsabili del CODAS in sede di audizione da parte della apposita Commissione Parlamentare, a cui era stato precedentemente esposto dagli autori del presente lavoro, è stato avanzato da autorevoli Parlamentari di tutti gli schieramenti politici, e che vede come primo firmatario il Senatore Emidio Novi.

Inoltre, nell'ultima relazione all'Assemblea annuale dell'ANIA tenuta dal Presidente Alfonso DESIATA, tenuta a Roma il 17.5.2000, viene ipotizzato "lo studio di una Bad Company (Consorzio di rischi tarati) per gli assicurati posizionati entro una certa soglia di Malus".

La persistente situazione negativa in cui versa il ramo RC auto, quindi, risente di molteplici fattori e soprattutto dell'aumento del costo medio del danno, del numero di sinistri con danni alla persona e del crescente numero delle frodi.

Per quanto riguarda l'aumento del costo di danni, oltre ad un incremento delle componenti del danno materiale (prezzi dei ricambi e costi di manodopera degli autoriparatori), si continua a registrare una consistente lievitazione dei costi a fronte dei risarcimenti dei danni alla persona.

Questa situazione, secondo sempre le imprese assicuratrici, non trova riscontro in alcuno degli altri paesi europei, così come risulta del tutto anomala rispetto alle altre realtà nazionali l'incidenza dei sinistri con danni alla persona che caratterizza il nostro paese. In Italia, infatti, quasi un sinistro su cinque produce lesioni corporali contro una media europea di uno a dieci. Questo, inoltre, produce una certa perplessità circa i criteri di valutazione e di accertamento dei danni alla persona in Italia, poiché assolutamente da escludersi che le differenze riscontrate in altri paesi dipendano da una diversa manifestazione del fenomeno "circolazione".

L'anomalia italiana sarebbe, secondo gli assicuratori, il prodotto di un'eccessiva generosità di una parte di medici e magistrati, che ipervalutano, il più delle volte, lesioni di lieve entità.

Ma secondo l'autorevole parere del Presidente aggiunto di Cassazione Vessia, intervenuto ad un recente convegno promosso dall'Acì di Napoli, "queste illegalità hanno portato negli ultimi tempi ad alcune inchieste molto valide e coraggiose dell'A.G; naturalmente se alla magistratura non affluiscono elementi validi provenienti da tutti,

compagnie incluso, appare difficile arginare il fenomeno”. Le misure adottate sono state, in questo senso, anche molto pesanti: restrizioni di libertà personali, che hanno riguardato anche esponenti del mondo forense, della stessa magistratura (giudici di pace), professionisti in genere. “Ed allora, se la magistratura deve compiere il suo dovere anche il potere legislativo ed esecutivo devono farlo; con leggi appropriate e giuste e nella sfera di amministrazione dei rapporti sociali”.

Occorre anche considerare l’incidenza che nel risarcimento del danno alla persona ha la valutazione del danno alla salute, il cui riconoscimento ha certamente rappresentato una conquista dal punto di vista culturale e da quello di giustizia sostanziale, ma la cui valutazione sul piano economico continua ad essere per le compagnie caratterizzata da pericolose e non giustificate ricorrenze al rialzo, che vengono in ultima analisi scaricate sull’intera collettività degli assicurati.

Su questo specifico argomento, però, il recente decreto governativo ha suscitato molte polemiche, da parte soprattutto delle associazioni dei consumatori che, in base a tale provvedimento, denunciano un ulteriore regalo alle compagnie, consistente nel "taglio" di centinaia di miliardi, dovuto alla riduzione economica della quantificazione dei punti di invalidità riconosciuti agli assicurati danneggiati.

Le Imprese continuano a negare tali indubbi vantaggi derivanti dall’applicazione del decreto (ed a tale scopo si sono rivolte con un ricorso alla Commissione Europea con cui hanno chiesto formalmente l’apertura di una procedura di infrazione nei confronti del Governo italiano) che, in sede di conversione, non ha visto approvata la modifica delle indicate tabelle. Il cammino del provvedimento governativo è apparso alquanto difficoltoso attesa la bocciatura alla Camera dei Deputati, che, di tutto il decreto, ha salvato solo l’art. 2 concernente “il congelamento delle tariffe”. Il decreto è stato, infatti, convertito in legge in data 24.5.2000 solo nella parte relativa al blocco delle tariffe

Quanto alle truffe a danno degli assicuratori, quantunque l’incidenza percentuale sul totale dei risarcimenti sia poco rilevante (mediamente calcolata, a livello nazionale, in circa il 2,3%), la loro deflagrante espansione ha messo in evidenza come l’entità del fenomeno vada ben oltre le cifre ufficiali.

I rimedi innanzi proposti sono tutti realizzabili nell’immediato se esistesse una precisa volontà da parte delle Compagnie di risolvere radicalmente il problema. I costi complessivi per realizzare tutto

quanto sopra esposto non rappresenterebbero che una parte infinitesimale dell'enorme deficit del settore denunciato dall'Ania per il 1999 ed asseritamene ammontante a 3.600 miliardi di lire a fronte di un fatturato globale del settore di 120.000 miliardi di lire.

Come visto, l'attenzione politica sul fenomeno è estremamente alta attesi i numerosi disegni di legge presentati in Parlamento da esponenti di tutti gli orientamenti politici e del decreto governativo che ha imposto il blocco delle tariffe ed i nuovi parametri per il risarcimento del danno biologico, quindi eventuali progetti di legge che trovassero il sostegno di tutte le componenti del settore non incontrerebbero particolari difficoltà ad essere approvati dalle Camere.

Certamente occorre fare qualcosa di positivo e costruttivo per limitare ulteriori rincari delle tariffe che porterebbero, di fatto, all'impossibilità di assicurare l'autovettura a tutta una fascia di utenti con disponibilità economiche limitate (e nella città di Napoli certamente non mancano), incentivando, così, la proliferazione dei falsi tagliandi.

Le soluzioni prospettate vanno certamente nel senso di poter gestire le pratiche a rischio limitando i costi per gli automobilisti onesti che non possono essere tenuti a pagare, per colpe altrui, sulla base di un falso principio di mutualità, certamente incostituzionale, basato sulla sola provincia di residenza.

PREMI CHE AUMENTANO ALLE STELLE, POLIZZE DISDETTATE, IMPOSSIBILITA' DI TROVARE COPERTURA ASSICURATIVA PER LA PROPRIA AUTOVETTURA, RITIRO DAL TERRITORIO CAMPANO DELLE MAGGIORI COMPAGNIE ASSICURATRICI, PERDITA DI MIGLIAIA DI POSTI DI LAVORO, ARRICCHIMENTI ILLECITI DOVUTI ALLE TRUFFE, FALSI TESTIMONI ED ASSENZA DI CONTROLLI CHE FINO AD OGGI HANNO AUTORIZZATO LE COMPAGNIE AD EFFETTUARE "IN NOME DELLA LEGGE" UN PRELIEVO FORZOSO DAI BILANCI FAMILIARI.

QUESTO E' LO SCENARIO DA CUI HANNO PRESO LE MOSSE GLI AUTORI PER INDICARE CAUSE, MODALITA' E POSSIBILI RIMEDI AD UNA COMPLESSA EMERGENZA ECONOMICO - SOCIALE

ANTONIO COVIELLO

E' DOCENTE DI ECONOMIA E TECNICA DELL'ASSICURAZIONE PRESSO LA FACOLTA' DI ECONOMIA DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SALERNO. CONSULENTE STRATEGICO DI IMPRESE PUBBLICHE E PRIVATE, COLLABORA CON PARLAMENTARI MEMBRI DELLA COMMISSIONE BICAMERALE ANTIMAFIA. HA PUBBLICATO NUMEROSI SCRITTI SULLE PROBLEMATICHE ASSICURATIVE. GIA' UFFICIALE DELLA GUARDIA DI FINANZA, E' PRESIDENTE DEL CODAS - COMITATO PER LA DIFESA DEGLI ASSICURATI, CHE DA TEMPO STA AFFRONTANDO I PROBLEMI CONNESSI ALLE MODIFICHE LEGISLATIVE PER IL RIORDINO DEL SISTEMA ASSICURATIVO.

MAURIZIO VALLONE

E' VICE QUESTORE AGGIUNTO DELLA POLIZIA DI STATO. LAUREATO PRESSO L'UNIVERSITA' DI NAPOLI NEL 1983. E' ENTRATO IN POLIZIA COME VICE COMMISSARIO NEL 1987. HA LAVORATO PRESSO IL SERVIZIO CENTRALE OPERATIVO DELLA POLIZIA DI STATO DI ROMA E PRESSO LA DIREZIONE INVESTIGATIVA ANTIMAFIA DI NAPOLI SVOLGENDO INDAGINI SULLE ORGANIZZAZIONI MAFIOSE SICILIANE E CAMPANE.

DAL 1997 E' VICE DIRIGENTE DELLA SQUADRA MOBILE DI NAPOLI DOVE COORDINA LA SEZIONE CRIMINALITA' ECONOMICA CHE SI OCCUPA DI ANTIRICLAGGIO E DI MISURE DI PREVENZIONE PATRIMONIALI. DAL NOVEMBRE 1999, SU INCARICO DEL QUESTORE ANTONIO MANGANELLI, DIRIGE LO SPECIALE GRUPPO DI LAVORO SULLE TRUFFE ASSICURATIVE.