



Consiglio Nazionale dei Consumatori e degli Utenti

Audizione del Consigliere dell'IVASS
Prof. Riccardo Cesari

Roma, 18 luglio 2013

Desidero anzitutto ringraziare il CNCU per l'invito rivolto all'IVASS a fornire il proprio contributo in questa autorevole sede.

I temi proposti, tutti di grande attualità e rilevanza per il consumatore, sono stati già oggetto di confronto e approfondimento con le Associazioni dei Consumatori nell'ambito del proficuo programma di incontri periodici che, dall'inizio dello scorso anno, è stato instaurato e condotto avanti con efficacia e reciproco interesse.

Il dialogo con le Associazioni ha consentito all'Autorità di avere il "polso della situazione" dal lato dei consumatori, offrendo indicazioni preziose per iniziative di vigilanza e regolamentari.

Inutile dire che i temi trattati sono di grande importanza, all'interno di una problematica, l'r.c. auto, di forte valenza economico-sociale oltre che "mediatica". Guardando i dati recenti si colgono alcune dinamiche interessanti.

Nel corso del triennio 2010-12 si è registrato un sensibile calo della frequenza dei sinistri, cioè del rapporto tra numero degli incidenti e veicoli assicurati: da un valore pressoché costante pari all'8,5 per cento registrato nel primo decennio del 2000, dal 2010 questo indicatore è progressivamente sceso fino a toccare il minimo del 6,2 per cento nel 2012. La riduzione riguarda tutte le aree del Paese, ma risulta lievemente più marcata nel Sud. Questo trend ha natura principalmente **congiunturale** in quanto è riconducibile in larga misura alla crisi economica e alla conseguente riduzione del reddito disponibile che, unite all'incremento del costo dei carburanti, determinano una riduzione dell'uso delle autovetture e della sinistrosità; tuttavia, non si può escludere una componente più strutturale legata alle recenti innovazioni normative e all'intensificarsi dell'attività antifrode.

Se la frequenza dei sinistri si riduce, non altrettanto si riscontra per il costo medio dei sinistri: nell'ultimo triennio l'incremento è stato di circa il 20 per cento, raggiungendo un valore pari a 4.800 euro. L'aumento dell'importo medio unitario dei sinistri, oltre che da fattori contingenti, potrebbe dipendere anche dalla significativa riduzione del

numero dei risarcimenti per le cosiddette lesioni “micropermanenti” che, essendo di importo contenuto, determinano un aumento del valore medio del costo sinistri.

Ma entriamo nel vivo degli argomenti proposti:

1. polizze vita dormienti
2. clausola arbitrare nei contratti assicurativi infortuni e malattia
3. livelli tariffari
4. sistema di risarcimento diretto
5. risarcimento dei danni alla persona

1. Le polizze vita dormienti.

La Legge 27 ottobre 2008, n. 166, ha esteso alle polizze vita la disciplina dei “rapporti dormienti”, stabilendo che gli importi dovuti, che non vengono richiesti entro il termine di prescrizione (all’epoca 2 anni), sono devoluti al Fondo Rapporti dormienti e non sono recuperabili.

La disposizione ha creato difficoltà per alcuni beneficiari di polizze vita nel recupero delle relative somme. In particolare, i beneficiari che hanno saputo in ritardo dell’esistenza di polizze vita a loro beneficio, non hanno più potuto richiedere la liquidazione dei relativi importi in loro favore perché ormai devoluti al Fondo.

Nel mese di febbraio 2013 è stata stipulata una convenzione tra MISE e CONSAP per effettuare una prima *tranche* di rimborsi delle somme devolute al Fondo per le polizze prescritte dal 1° gennaio 2007 al 28 ottobre 2008, concedendo ai consumatori una finestra temporale per richiedere il rimborso dal 13 febbraio sino al 15 aprile 2013. La CONSAP è stata individuata come gestionaria della procedura di corresponsione dei rimborsi a favore dei consumatori.

Sin dall’inizio l’Istituto si è occupato attivamente della questione, al fine di tutelare la posizione dei consumatori coinvolti.

IVASS ha predisposto una serie di attività finalizzate alla tutela dei consumatori, dando, tra l'altro, pubblicità all'iniziativa dei rimborsi e richiamando le imprese a fornire la massima collaborazione ai consumatori al fine di favorire l'accesso alle somme in questione. In particolare è stato pubblicato sul sito istituzionale un apposito comunicato stampa (20 febbraio 2013).

In via più generale, il tema delle polizze vita dormienti e della connessa opportunità di eliminare la disparità di trattamento tra clienti bancari e clienti assicurativi, è stato oggetto specifico dell'incontro dell'11 giugno scorso tra IVASS e Associazioni dei Consumatori, nell'ambito delle periodiche consultazioni tra l'Autorità e le Associazioni.

In quella sede, si è convenuto sulla necessità di eliminare la disparità di trattamento tra clienti bancari e clienti assicurativi agendo su due direttrici:

- promuovere una modifica legislativa che consenta ai titolari di polizze vita "dormienti" di chiedere il rimborso delle somme devolute al Fondo entro 10 anni dalla devoluzione, così come già avviene per i conti correnti;
- individuare, nel frattempo, una soluzione che consenta di mettere a disposizione dei titolari di polizze dormienti devolute al Fondo, le disponibilità avanzate dalla prima *tranche* di rimborsi gestita dalla CONSAP e conclusasi il 15 aprile 2013.

Lo scorso mese di giugno, al fine di ampliare la platea dei consumatori beneficiari, è stata prevista una nuova convenzione tra MISE e CONSAP.

Anche per la seconda *tranche* di rimborsi, questa volta per le polizze prescritte più di recente, tra il 29 ottobre 2008 e il 31 dicembre 2009 (estendendo il precedente termine del 28 ottobre 2008), per i quali è stata disposta una finestra temporale dal 13 giugno al 13 settembre 2013, l'Istituto è intervenuto per garantire la massima diffusione delle nuove iniziative, facendo in modo che le compagnie direttamente interessate fornissero ai consumatori informazioni utili al fine di accedere ai rimborsi.

A tal fine IVASS, con lettera al mercato del 14 giugno 2013, ha fornito precise istruzioni operative alle imprese di assicurazione per favorire la massima conoscenza e diffusione tra i consumatori della riapertura dei termini per il rimborso delle polizze vita “dormienti”.

In particolare, è stato chiesto alle imprese di assicurazione di inviare, entro il 30 giugno 2013, ai consumatori interessati una raccomandata a.r., per informarli della riapertura dei termini e per fornire le istruzioni necessarie per presentare la domanda di restituzione delle somme trasferite al Fondo “Rapporti dormienti” presso la Consap. IVASS ha, inoltre, chiesto alle imprese di assicurazione di rilasciare in tempi rapidi l’attestazione necessaria per ottenere il rimborso così da fornire la massima collaborazione ai consumatori.

Per diffondere ulteriormente la conoscenza dell’iniziativa, le imprese dovranno darne pubblicità attraverso un “Avviso” da affiggere presso le proprie reti di vendita, ivi compresi gli uffici postali e gli sportelli bancari, e da pubblicare sui propri siti aziendali.

Con riferimento all’osservanza dell’obbligo informativo posto a carico delle compagnie con la suddetta nota del 14 giugno 2013, in cui si individuava il 30 giugno come scadenza per comunicare ai beneficiari “rifiutati” dalle compagnie la riapertura dei termini per la presentazione delle domande alla CONSAP, l’Istituto si riserva di verificare la tempistica e la genuinità dell’informativa ai consumatori, anche al fine di valutare misure sanzionatorie per le compagnie che disattendono tale obbligo, in ossequio al principio generale di trasparenza delle operazioni e protezione dell’assicurato e nel rispetto delle generali regole di comportamento previste dall’art. 183 del Codice delle Assicurazioni.

In via preventiva, aggiungo, varrà la pena valutare la possibilità di informare una tantum (e senza pregiudizio sui futuri aventi diritto) i beneficiari risultanti al momento della sottoscrizione della polizza e quelli in occasione di eventuali future variazioni.

2. La clausola arbitrale nei contratti malattia e infortuni. Modalità alternative di risoluzione delle controversie.

Altro tema affrontato congiuntamente dall'Istituto e dalle Associazioni dei consumatori, in occasione dell'ultimo incontro, è quello della clausola arbitrale nei contratti di tipo sanitario ed infortunistico.

La preoccupazione delle Associazioni è che l'eventuale ricorso all'arbitro risulti facoltativo per l'assicurato e, quindi, non vincolante rispetto all'azione giudiziaria ordinaria in caso di controversia con l'impresa.

Al riguardo, l'IVASS ha svolto un'indagine sulle condizioni generali di assicurazione in uso presso le principali imprese del mercato.

L'analisi ha riguardato le condizioni presenti sui siti internet delle prime 6 imprese d'assicurazione per quota di mercato, relativamente a prodotti malattia e prodotti infortuni che prevedono la clausola arbitrale per la soluzione delle controversie che dovessero insorgere tra impresa e assicurati.

La clausola prevede il deferimento della controversia ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo, con ripartizione dei relativi oneri al 50% tra le Parti.

Il ricorso all'arbitrato è previsto dalle imprese come facoltativo: ciò rappresenta un miglioramento rispetto al passato, quando il ricorso era obbligatorio e sostanzialmente privava l'assicurato della tutela giurisdizionale dei propri diritti.

Al riguardo, occorre ricordare che il Regolamento IVASS n. 35 del 2010 impone alle imprese di specificare nella nota informativa che, qualora il contratto preveda l'Arbitrato, è sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Le clausole, inoltre, prevedono generalmente che la riunione del Collegio arbitrale si svolga presso l'Istituto di medicina legale più vicino all'Assicurato e ciò costituisce

una indubbia facilitazione rispetto al passato, quando l'arbitrato si svolgeva presso la sede della società, con conseguenti disagi per gli assicurati.

Nonostante gli indubbi “miglioramenti” dei contenuti delle clausole arbitrali, come rilevato anche dalle Associazioni dei consumatori, gli assicurati non ricorrono normalmente all'arbitrato: la causa dello scarso utilizzo sembra risiedere in misura preponderante negli elevati costi della procedura arbitrale.

Occorre pertanto individuare altri strumenti di risoluzione delle controversie in grado di costituire una alternativa più rapida ed economica, realizzando nel contempo un effetto deflattivo del contenzioso e dei relativi costi, con ricadute positive, a livello di sistema, sui costi dei risarcimenti e sui livelli dei premi.

In proposito il Consiglio auspica la costituzione presso l'ABF di una apposita sezione dedicata alla risoluzione delle controversie in materia assicurativa.

Lo spunto è di sicuro interesse.

In Italia manca, nel settore assicurativo, un sistema alternativo di risoluzione delle controversie in grado di offrire agli assicurati un'alternativa più rapida ed economica rispetto al ricorso al giudice, come avviene nel settore bancario e finanziario.

Si tratta di un'esigenza fortemente avvertita dai consumatori. Anche il FMI ne ha raccomandato recentemente l'istituzione.

E' allo studio dell'Istituto un approfondimento volto a individuare possibili soluzioni, facendo tesoro delle suggestioni provenienti, anche in questo caso, dall'esperienza della Banca d'Italia. Serve in ogni caso una norma di legge che disponga l'eventuale costituzione di una sorta di “ABF assicurativo”; è necessario, in tale eventualità, individuare risorse appropriate per la sua realizzazione.

Una ulteriore, possibile, soluzione potrebbe essere rappresentata dall'estensione anche al settore delle polizze sanitarie e infortuni del ricorso alla Commissione paritetica, attualmente prevista per le controversie r.c. auto di valore non superiore a

15.000 euro, con conseguente coinvolgimento delle Associazioni dei consumatori e assenza di costi per il consumatore.

L'Istituto, come noto, ha accolto con soddisfazione la sottoscrizione del nuovo accordo tra l'ANIA ed alcune associazioni di consumatori in materia di conciliazione paritetica.

Al riguardo, l'IVASS ha pubblicato sul proprio sito una specifica informativa per i consumatori, illustrando le caratteristiche e le finalità della conciliazione paritetica, oltre alle modalità di attivazione della procedura ed al suo funzionamento.

L'informativa è stata arricchita da un utile elenco di link ai siti delle singole associazioni dei consumatori aderenti all'accordo ed al sito dell'ANIA, ove possono essere acquisite ulteriori informazioni sulla procedura e sulle concrete modalità per accedervi.

Si tratta di linee informative semplici e chiare che possono contribuire a diffondere presso il pubblico la conoscenza e la diffusione di uno strumento prezioso per i consumatori e per il sistema nel suo complesso.

Al fine di favorire ulteriormente la conoscenza e la diffusione dello strumento, l'IVASS ha chiesto il coinvolgimento proattivo delle imprese di assicurazione (lettera al mercato del 21 maggio 2013) sollecitando l'attivazione di opportune iniziative, quali:

- pubblicazione sui siti aziendali della possibilità di attivare la conciliazione paritetica, con illustrazione delle relative modalità;
- indicazioni alle reti di vendita ed alle strutture liquidative direzionali e periferiche affinché venga data informativa scritta ai danneggiati circa la possibilità di attivare la procedura e le relative modalità;
- integrazione delle lettere di risposta ai reclamanti (nei casi in cui il reclamo venga respinto o accolto in maniera parziale) della possibilità di attivare la procedura di conciliazione paritetica.

3. L'assicurazione r.c. auto.

3.1. Riduzione della frequenza sinistri e livelli tariffari.

In materia di assicurazione obbligatoria r.c. auto questo Consiglio solleva una serie di questioni di particolare rilevanza e delicatezza.

In occasione della recente presentazione della Relazione annuale, il Presidente dell'IVASS ha avuto modo di sottolineare il problema degli elevati livelli tariffari dell'assicurazione r.c. auto, un problema sociale che coinvolge milioni di cittadini e che ha assunto una ulteriore connotazione di urgenza nell'attuale contesto di crisi economica del Paese.

Poiché "conoscere per decidere" è un principio di einaudiana memoria che mantiene integra tutta la sua validità, ci è parso importante avviare una rilevazione statistica, metodologicamente corretta e affinata, per monitorare con maggior precisione le dinamiche tariffarie effettive, per le varie aree territoriali e le varie classi di rischio.

In stretta correlazione con le tariffe, si assiste all'aumento di veicoli che circolano senza copertura assicurativa, a fenomeni di contraffazione di documenti assicurativi ed al preoccupante aumento dei casi di compagnie "fantasma", che raccolgono illecitamente premi con pesanti conseguenze sul sistema. Tutto ciò è amplificato nel Sud Italia a causa della particolare gravità della situazione economica ed occupazionale e della tendenza delle imprese di assicurazione a ritirarsi da quei territori.

Al riguardo è stato affermato con chiarezza che la risposta al problema non può essere rinviata: occorre una soluzione strutturale e, soprattutto, duratura che consenta, nella salvaguardia della solvibilità delle imprese, di ricondurre le tariffe r.c. auto a livelli accettabili, anche tenuto conto del divario, sfavorevole per l'Italia, rispetto agli altri Paesi europei.

Come noto, il legislatore è intervenuto, lo scorso anno, con una serie di misure, introdotte dal decreto “concorrenza” e dal decreto “crescita bis”, molte delle quali, soprattutto in materia antifrode, furono proposte proprio dall'ISVAP, nel 2010, in occasione di audizioni e segnalazioni a Parlamento e Governo.

Vorrei menzionare, in particolare, la previsione dell'Archivio Integrato Antifrode come strumento che, per generale convinzione oltre che per previsione di legge, dovrebbe rappresentare un potente mezzo di lotta alle numerose modalità con cui una minoranza delinquenziale cerca di frodare i legittimi interessi di imprese e consumatori: falsi sinistri, costi gonfiati, false polizze, scoperture, contenzioso non giustificato.

Il progetto, in termini essenziali, si basa sulla messa in collegamento (interconnessione di rete) e sullo sfruttamento sistematico e intensivo delle basi dati (in gran parte pubbliche) disseminate nel sistema informativo nazionale, a partire dalle nostre Banche dati sinistri, testimoni e danneggiati.

Ad esso sta lavorando un gruppo di lavoro articolato, in cui, sotto il coordinamento IVASS, sono rappresentati tutti i soggetti coinvolti (autorità, compagnie, ministeri) e che produrrà un completo studio di fattibilità entro il corrente anno, in modo da avere una prima versione operativa del sistema già nel corso del 2014.

In generale, per far sì che le norme trovino concreta e piena attuazione, l'Istituto sta svolgendo il proprio ruolo, attraverso la diretta predisposizione dei numerosi regolamenti attuativi previsti dal legislatore e la realizzazione dei complessi progetti tecnologici connessi, oltre che fornendo il proprio supporto all'attività regolamentare attribuita ai Ministeri competenti.

In una visione allargata, con l'intento di aggredire i numerosi e complessi problemi r.c. auto sotto tutti i punti di vista e con tutte le competenze e conoscenze a disposizione, è stato istituito, su iniziativa di IVASS e AGCM, un tavolo di confronto aperto a tutti i contributi dei soggetti interessati.

Ne fece menzione il Presidente dott. Salvatore Rossi nelle sue Considerazioni annuali del 26 giugno scorso e, più diffusamente, nel suo discorso presso l'Assemblea ANIA del 2 luglio, illustrando gli obiettivi ultimi dell'iniziativa:

- rimuovere gli ostacoli alla concorrenza,
- accrescere l'efficienza produttiva,
- creare le condizioni per una riduzione **strutturale** dei prezzi delle polizze, agendo sia attraverso le misure già previste e in corso di attuazione, sia mediante l'elaborazione di nuove proposte da valutare congiuntamente.

3.2. Il risarcimento diretto e il nuovo criterio per le compensazioni tra imprese

Una disposizione normativa di particolare rilievo, prevista dal decreto liberalizzazioni, volta sia a prevenire le frodi sia a incidere sui costi dei risarcimenti, ha inteso riformare l'attuale criterio di compensazione tra compagnie nell'ambito del sistema del risarcimento diretto del danneggiato a opera della propria impresa assicuratrice. La norma affida all'IVASS la definizione di un nuovo criterio che incentivi l'efficienza delle imprese, il controllo dei costi e l'individuazione delle frodi.

La procedura di risarcimento diretto fu introdotta nel 2007 per facilitare i danneggiati, ma anche per incidere sui "costi impropri" dei risarcimenti, contribuendo per tale via al contenimento delle tariffe.

Sotto quest'ultimo profilo, il bilancio, a distanza di sei anni, non è positivo. Le compensazioni avvengono a "forfait", calcolato annualmente sulla base del costo medio dei risarcimenti pagati nell'anno precedente e la certezza di un rimborso predefinito non ha incentivato le imprese ad apprestare adeguati controlli sui costi ed efficaci verifiche anti-frode.

Il *trend* dei principali indicatori tecnici evidenzia infatti:

- come fattore positivo, una progressiva, sia pure moderata, riduzione dei tempi medi di liquidazione dei sinistri: infatti, la velocità di liquidazione, misurata come incidenza del numero di sinistri pagati rispetto al totale di sinistri pagati e riservati in ciascun esercizio, è aumentata dal 65% del 2006 al 71% del 2011;
- l'andamento dei costi dei risarcimenti non ha seguito lo stesso percorso virtuoso, il costo medio dei sinistri CARD è in aumento: nel quinquennio 2007-2011, il costo medio dei sinistri CARD con seguito è aumentato del 13%; in termini percentuali, l'aumento è stato più significativo per i costi medi dei danni al veicolo e alle cose che per il danno relativo alle lesioni;
- i sinistri c.d. CARD NATURALI, cioè quelli che, pur con caratteristiche analoghe ai sinistri CARD, non prevedono la corresponsione del forfait in quanto avvenuti tra assicurati della medesima impresa, hanno un costo medio (sinistri con seguito) sensibilmente inferiore, dell'ordine del 15%, rispetto a quello relativo ai sinistri CARD "non naturali".

Ulteriori elementi di criticità risiedono:

- nella persistenza di costi impropri per spese legali, escluse espressamente dalla normativa nel caso in cui la somma offerta dall'impresa sia accettata dal danneggiato,

- nel preoccupante fenomeno dei c.d. "sinistri fantasma", sinistri mai accaduti ed addebitati ad ignari consumatori, liquidati dalle "gestionarie" in assenza di adeguati controlli antifrode sul presupposto del recupero del forfait dalle "debitrici".

Tutto ciò determina persistenza di inefficienze e costi impropri che continuano a gravare sul sistema, con ripercussioni sui livelli tariffari dell'assicurazione r.c. auto.

La "diagnosi" non positiva del sistema attuale e la necessità che il nuovo criterio introduca effettivi elementi di efficienza è condivisa con AGCM.

Sono in corso i lavori per arrivare alla definizione del nuovo criterio, che contiamo di sottoporre a pubblica consultazione nel prossimo autunno, in modo da far entrare in vigore le nuove regole nel 2014.

3.3. La regolamentazione del danno alla persona: i nuovi criteri per la valutazione delle “micropermanenti” e la tabella nazionale per le “macropermanenti”.

Un altro tema di particolare attualità e rilevanza è certamente quello della valutazione e quantificazione del danno alla persona.

Per contrastare le truffe sui falsi “colpi di frusta”, sono stati varati dal Legislatore criteri più stringenti e oggettivi per la valutazione delle lesioni personali di minore gravità. Essi stanno producendo effetti positivi per il sistema in termini di riduzione dei costi: una verifica svolta dall’Istituto per misurarne gli effetti ha mostrato che nel secondo semestre del 2012, dopo l’introduzione dei nuovi criteri, il costo medio dei sinistri di fascia più bassa (“micropermanenti” di importo non eccedente i 5.000 euro) è diminuito del 20 per cento circa, e che il risparmio stimato per l’anno 2012 per il complesso dei sinistri con danni fino a 9 punti di invalidità si attesta intorno ai 200 milioni di euro; se tale risparmio si dimostrerà permanente, dovrà tradursi in una riduzione dei premi pagati dai consumatori.

Occorre poi dare attuazione all’art. 138 del C.A.P. che prevede che con apposito D.P.R., su proposta del Ministro della Salute, di concerto con MISE, Ministro del Lavoro e delle politiche sociali e Ministro della Giustizia, si provveda – per i risarcimenti r.c. auto - alla predisposizione di una doppia tabella, valida su tutto il territorio della Repubblica, contenente:

- tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica con relativi punti di invalidità permanente tra 10 e 100 (tabella medico-legale);
- tabella del valore pecuniario da attribuire ad ogni singolo punto di invalidità comprensiva dei coefficienti di variazione corrispondenti all’età del soggetto leso (tabella dei valori economici).

La norma, ad oggi, non è ancora stata attuata, sebbene entrambe le componenti della tabella (quella medico-legale delle menomazioni e quella dei valori economici del punto di invalidità) siano state elaborate da alcuni anni.

L'adozione della tabella *ex lege* è un intervento "strutturale" necessario per porre rimedio alla perdurante situazione di incertezza in merito alla valutazione e quantificazione dei danni gravi alla persona, a causa dell'assenza di precisi criteri normativi.

Sulla necessità e urgenza dell'intervento vi è convergenza di tutti i soggetti interessati per garantire risarcimenti uniformi su tutto il territorio nazionale, rendere più agevole il controllo dei costi dei risarcimenti e consentire maggiore efficacia e certezza nelle fasi di accertamento e liquidazione dei danni r.c. auto, presupposti essenziali per la riduzione dei prezzi delle polizze.

Sul finire dell'ultima legislatura la tabella, su cui avevano raggiunto l'accordo i 4 Ministeri e si era pronunciato in senso favorevole il Consiglio di Stato, è stata nuovamente bloccata per le proteste delle Associazioni dei familiari delle vittime della strada e degli avvocati, che lamentano un dimezzamento dei valori della tabella rispetto alle tabelle elaborate dal Tribunale di Milano, che nel frattempo hanno di fatto assunto il valore di *benchmark*, nelle more dell'approvazione del D.P.R., alla luce della nota sentenza della Corte di Cassazione (Cass., n.12408 del 7 giugno 2011).

Il lamentato dimezzamento deriva dal fatto che la tabella di legge non include il c.d. "danno morale". Il Parlamento, proprio in questi giorni, ha accolto la richiesta di avviare una fase di rapido ma approfondito confronto da parte delle Commissioni parlamentari competenti, per pervenire ad una soluzione che contemperi gli interessi legittimi dei diversi soggetti coinvolti.

Da approfondire è la necessità che la regolamentazione includa anche il "danno morale", per evitare che una importante voce risarcitoria sia nuovamente soggetta a disomogenee valutazioni sia in sede stragiudiziale che giudiziale. In chiave di vigilanza e di sistema questo agevolerebbe la determinazione dei costi, la formazione delle riserve ed una più corretta tariffazione.

Quanto infine al tema, sollevato dal Consiglio, della disparità di trattamento tra il risarcimento del danno alla persona conseguente a incidente stradale e quello conseguente ad eventi diversi (infortuni sul lavoro; malasanità; ecc.), in passato l'Istituto ha sottolineato la necessità di un "passo in avanti", in base alla considerazione che il danno alla salute non può essere valutato diversamente a seconda del "fatto illecito" che lo determina.

Il Consiglio di Stato, nel parere reso sullo schema di D.P.R. relativo alle macrolesioni, ha proposto la valutazione di una modifica legislativa che consenta di ampliare lo spettro applicativo delle tabelle parametriche in argomento, la cui applicazione è oggi limitata ai danni alla persona derivanti da incidenti stradali, all'intero ambito della responsabilità civile.

L'ultimo testo del citato schema di D.P.R. contiene un'apertura in tal senso, sia pure limitatamente alla tabulazione dei danni da "malasanità".

Occorre tuttavia sottolineare che si tratta di questione particolarmente delicata, di stretta spettanza del Legislatore.