



Senato della Repubblica

XVII Legislatura

Fascicolo Iter

DDL S. 1915

Modifiche al codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209,
in materia di disciplina dell'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile verso i terzi
derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, e istituzione dell'Agenzia contro le frodi nel settore
assicurativo

Indice

1. DDL S. 1915 - XVII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	3
1.2.1. Testo DDL 1915	4

1. DDL S. 1915 - XVII Leg.

1.1. Dati generali

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 1915
XVII Legislatura

Modifiche al codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, in materia di disciplina dell'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile verso i terzi derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, e istituzione dell'Agenzia contro le frodi nel settore assicurativo

Iter
23 luglio 2015: assegnato (non ancora iniziato l'esame)
Successione delle letture parlamentari
S.1915 **assegnato (non ancora iniziato l'esame)**

Iniziativa Parlamentare
Altero Matteoli (FI-PdL XVII)

Natura
ordinaria

Presentazione

Presentato in data **12 maggio 2015**; annunciato nella seduta pom. n. 447 del 12 maggio 2015.

Classificazione TESEO

CODICE E CODIFICAZIONI , ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE , AUTOMOBILI

Classificazione provvisoria

Assegnazione

Assegnato alla **10ª Commissione permanente (Industria, commercio, turismo)** in sede referente il 23 luglio 2015. Annuncio nella seduta ant. n. 490 del 23 luglio 2015.

Pareri delle commissioni 1^a (Aff. costituzionali), 2^a (Giustizia), 5^a (Bilancio), 6^a (Finanze), 8^a (Lavori pubblici), 12^a (Sanita')

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 1915

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Senato della Repubblica XVII LEGISLATURA

N. 1915

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore **MATTEOLI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 12 MAGGIO 2015

Modifiche al codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, in materia di disciplina dell'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile verso i terzi derivante dalla circolazione di veicoli e natanti, e istituzione dell'Agenzia contro le frodi nel settore assicurativo

Onorevoli Senatori. -- Le manifestazioni tenutesi nei mesi di gennaio e febbraio 2015 rispettivamente a Bologna e Genova, con l'ulteriore tappa di marzo a Torino, hanno consolidato un movimento composto da artigiani, consumatori, vittime della strada e professionisti che si battono per un mercato assicurativo concorrenziale e in grado di garantire le opportunità di scelta del danneggiato, di scegliere il proprio medico e il proprio riparatore e di ottenere un giusto ed equo risarcimento.

Lo scorso 14 marzo a Napoli si sono riuniti, provenienti da tutta Italia, oltre trecento rappresentanti dei consumatori, dei danneggiati, dei carrozzieri dei patrocinanti stragiudiziali, degli avvocati, dei medici e periti per discutere sulla riforma della responsabilità civile autoveicoli (RC Auto) contenuta nel disegno di legge sulla concorrenza. A sostegno dei diritti degli assicurati e dei danneggiati, che rappresentano la piccola impresa e le professioni del settore, le associazioni partecipanti hanno deciso di costituire la «Carta di Bologna» con lo scopo di proporre una vera riforma del settore del tutto in linea con i più recenti orientamenti giurisprudenziali e legislativi sia in Italia che all'estero. Pertanto, i punti della carta di Bologna diventano ora un disegno di legge per una seria riforma della RC Auto.

La ricerca di possibili soluzioni al problema delle frodi assicurative costituisce, a livello internazionale, un asse d'intervento prioritario che va di pari passo con l'evoluzione del mercato, la diffusione dei prodotti e la giurisprudenza in materia di risarcimento del danno. Il pregiudizio economico causato dalle frodi assicurative sostanzia un margine di ricarico sui costi che ricade inevitabilmente sui prodotti finali, creando un grave danno sociale per la mutualità degli assicurati.

Esistono una molteplicità di attività fraudolente in campo assicurativo che vanno dalla creazione di sinistri e infortuni falsi nel settore della RC Auto, alla falsificazione di polizze e clausole assicurative. Questo fenomeno può essere statisticamente rilevabile, anche se il 3 per cento sul totale dei sinistri stimato dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS), è un valore che riguarda solo le truffe sventate. Il dato è ancora più preoccupante nelle cosiddette «aree speciali» dove la proporzione tra le frodi rilevate, che corrispondono a circa il 13 per cento dei sinistri auto, e quelle sommerse potrebbe peggiorare uno scenario di già di per sé critico. I dati rilevati ricadono negli atti di distruzione, falsificazione di elementi di prova o documentazione relativa a un sinistro o ad un contratto di assicurazione, riconducibili alle ipotesi di reato dell'articolo 642 del codice penale, perché si tratta della parte più evidente e riscontrabile del fenomeno fraudolento. Al contrario, gli atti tesi ad aggravare danni materiali e lesioni personali derivate da un sinistro o infortunio, pur essendo fattispecie di reato, sono considerati socialmente quasi un elemento compensativo del premio versato, soprattutto in periodi di crisi economica come quello attuale.

Alla luce degli orientamenti del Garante della *privacy*, l'unità antifrode dell'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA) e la relativa banca dati sono state dismesse, lasciando scoperto un punto di coordinamento. Il sistema antifrode assicurativo italiano è attualmente affidato alle unità dedicate delle singole compagnie con l'ausilio, da potenziare, delle banche dati IVASS e INAIL, e la collaborazione delle Forze dell'ordine e della magistratura.

Il risultato di tale articolazione è che non esiste una vera «cabina di regia» in grado di raccordare le Forze dell'ordine, le compagnie assicuratrici (agenti -- uffici liquidazione -- investigatori privati specializzati nel settore) e l'Autorità di vigilanza; di formulare una politica complessiva della lotta alla frode, promuovendo programmi e iniziative presso le istituzioni interessate e le associazioni dei consumatori; di essere d'ausilio per il perfezionamento e l'implementazione sistemi di gestione antifrode e, infine, di monitorare, attraverso la definizione di opportuni indicatori, l'efficacia e l'efficienza dei sistemi di gestione antifrode delle compagnie.

Una soluzione pubblica o riconosciuta pubblicamente consentirebbe di usare tutte le potenzialità delle banche date esistenti salvaguardando nello stesso tempo la riservatezza dei dati. L'organismo così costituito potrebbe inoltre rappresentare l'Italia, unitamente alle Forze dell'ordine, nei contesti internazionali che si confrontano sullo stato dell'arte della lotta contro le frodi.

Già nella precedente legislatura, la Camera aveva approvato in prima lettura una proposta di legge in merito ad un sistema di prevenzione delle frodi nel settore assicurativo istituendo una apposita struttura antifrode. Il presente disegno di legge si propone il medesimo obiettivo, posto che la necessità dell'istituzione di agenzie indipendenti per la lotta alle frodi è già stata affrontata da diversi anni in Paesi di grande cultura assicurativa come gli Stati Uniti, la Francia e Regno Unito.

Gli aspetti comuni di tali esperienze riguardano, *in primis*, il fatto che in questi Stati le agenzie pubbliche o senza fini di lucro sono finanziate in tutto o in parte dalle compagnie assicuratrici e sono, altresì, istituite con la finalità di contrastare le frodi «sistemiche» e la speculazione. A loro volta, ogni struttura pone enfasi su alcuni aspetti che tengono conto delle specificità locali. Nei Paesi a cultura protestante, per esempio, il principio della deterrenza viene coltivato da uffici stampa attrezzati e linee telefoniche dedicate per denunce anonime, mentre in Francia l'Autorità è un organismo che svolge un ruolo importante anche nel formare e certificare gli investigatori assicurativi. Negli Stati Uniti vi sono organismi governativi che trattano il problema della frode assicurativa agendo come negoziatori istituzionali, fornendo impulsi legislativi e culturali. Altre istituzioni svolgono un ruolo di coordinamento tra gli uffici investigativi pubblici e privati. Tali esempi internazionali contribuiscono notevolmente ad inquadrare l'esigenza di una struttura pubblica indipendente per ragioni di garanzia della riservatezza dei dati e per la necessità di coordinamento integrato delle strutture operative dedicate.

Tenuto conto di questi elementi è bene sottolineare che, per avviare una Agenzia antifrode italiana non c'è bisogno di grandi rivoluzioni poiché sono già a disposizione solide basi. La banca dati IVASS, per esempio, è uno strumento sofisticato che contiene informazioni analitiche relative a decine di milioni di sinistri RC Auto. Un'Agenzia indipendente potrebbe consentire un'elaborazione strategica della sua base informativa da cui trarre tendenze, quantità, linee di indagine, andando così a perfezionare il contesto di collaborazione già esistente tra il Dipartimento della pubblica sicurezza e l'IVASS sull'accesso diretto alla banca dati. L'altro strumento in nostro possesso è il Casellario centrale infortuni dell'INAIL, che raccoglie tutti i dati che si riferiscono agli infortuni, professionali ed extraprofessionali e di malattia professionale, utile per evitare duplicazioni risarcitorie. Il funzionamento dell'Agenzia antifrode potrà essere uno stimolo all'ottimizzazione del lavoro delle strutture antifrode delle compagnie fornendo anche indicatori di efficacia ed efficienza delle stesse e contribuendo alla loro crescita. La struttura organizzativa dell'Agenzia deve essere agile, composta da un *pool* qualificato di professionisti tra informatici, giuristi, investigatori ed esperti in comunicazione per costituire un'interfaccia alle strutture presenti e completare così il sistema della politica antifrode in Italia per poi confrontarsi a livello internazionale con le migliori pratiche.

Nel presente disegno di legge sono, altresì, previste delle norme relative al danno alla persona. Appare

necessario e urgente un intervento legislativo da parte del Parlamento che sia finalmente in grado di fornire uniformità di valutazioni e liquidazioni per tutti i tipi di sinistri, scongiurando ogni trattamento discriminatorio, ed al contempo sia tale da dettare regole certe non più suscettibili di contese circa la loro legittimità costituzionale o in merito alla loro interpretazione. Occorre, dunque, una legge nuova che sia la meno possibile controversa e risulti inattaccabile sul piano del rispetto delle norme sancite dalla Costituzione.

L'obiettivo, infatti, del presente disegno di legge è quello di mettere fine alle contese sorte intorno al Codice delle assicurazioni private ed al contempo di fissare per legge i parametri di liquidazione, in sintonia con le indicazioni provenienti dalla giurisprudenza (condivise innanzitutto dalla Cassazione), favorendo dunque le conciliazioni stragiudiziali, con una significativa diminuzione dei giudizi. Da un lato, i danneggiati non potranno più sollevare eccezioni (oggi giustificate) sui parametri applicabili e, dall'altro lato, le compagnie assicuratrici non dovranno più districarsi tra orientamenti giurisprudenziali contrapposti.

La norma di cui all'articolo 1 intende aprire i mercati alla concorrenza, allentando i vincoli alle imprese straniere, al fine di operare sul territorio nazionale.

All'articolo 2, viene ripresa la formulazione della legge *Hamon* con la quale in Francia si è inteso dare un elevato livello di tutela dei diritti ai consumatori garantendo in particolar modo, all'assicurato il diritto di scelta del riparatore di cui avvalersi. Tale informazione, deve essere fornita nelle condizioni generali di polizza e all'atto della denuncia di sinistro.

All'articolo 3 viene introdotta una norma sulla portabilità delle polizze che, sull'esempio transalpino, intende stimolare attraverso la mobilità degli assicurati, nel settore della RC auto, la concorrenza tra imprese al fine di ottenere una diminuzione dei premi.

L'articolo 4 provvede alla regolamentazione del cosiddetto contratto base, con una disposizione che intende consentire agli assicurati la possibilità di stipulare in ogni caso contratti per la RC auto privi di clausole che limitino in qualsiasi modo il diritto all'integrale risarcimento. La mancata attuazione del contratto base bloccato da mesi al Ministero dello sviluppo economico dopo il parere negativo del Consiglio di Stato non consente attualmente una comparazione tra i premi delle varie imprese e non permette al contraente la costruzione delle pretese riduzioni tariffarie. L'attuale non comparabilità dei contratti, stante la difformità delle garanzie e delle clausole previste, non incentiva la concorrenza e rende in concreto inapplicabile qualsivoglia forma, peraltro tecnicamente impossibile in un sistema di prezzi liberi, di politica tariffaria. Per fare chiarezza nel sistema occorre attuare senza indugio il contratto base, che deve essere esplicito oggetto dell'obbligo di legge a contrarre.

All'articolo 5 è disciplinato il risarcimento in forma specifica in RC auto, attualmente oggetto di regolamentazione contrattuale, non sempre aderente al dettato normativo civilistico. Poiché in RC auto il danneggiato ha sempre e comunque diritto a farsi risarcire il danno, a prescindere dalla circostanza che il proprio veicolo venga o meno riparato, appare opportuno disciplinare il risarcimento in forma specifica tenendo conto che il codice civile, all'articolo 2058, prevede che sia facoltà del danneggiato richiedere una tal forma di risarcimento. Infatti, non è possibile sostituire un debitore a un altro senza il consenso del danneggiato creditore per l'evidente ragione che un conto è adempiere un debito pagando in denaro, un conto è volere adempiere offrendo una prestazione di fare (riparare) non essendo certo indifferente per il creditore danneggiato sapere chi e come riparerà il suo mezzo. La norma proposta consente, quindi, all'assicuratore di offrire la riparazione in forma specifica, tutelando sia i danneggiati, ai quali deve comunque essere fornita preventiva informazione sulle modalità della riparazione, sia i riparatori. Difatti con la previsione della preventiva e immediata indicazione al danneggiato del riparatore fiduciario, si evitano aste al ribasso e subappalti per la effettuazione delle riparazioni con positivi effetti sui livelli di convenzionamento, sulla qualità delle riparazioni e sulla sicurezza dei veicoli. Trasparenza e qualità sono, altresì, garantite con la previsione di un'informativa che l'assicuratore è tenuto a fornire al danneggiato che decide di far riparare il mezzo da un carrozziere fiduciario di compagnia. La garanzia deve essere rilasciata sia dall'assicuratore (che ai sensi dell'articolo 2049 del codice civile risponde del fatto dei propri ausiliari) che dal fiduciario, tenuto a

rilasciare al danneggiato, e non all'assicuratore committente, analitica fattura di riparazione, per consentire al danneggiato, anche ai sensi dell'articolo 80, comma 7, del cosiddetto codice della strada, di ottemperare alle eventuali richieste di revisione straordinaria della Motorizzazione civile.

Agli articoli 6 e 7 si intende chiarire, anche al fine di ridurre il contenzioso, quali siano i criteri già previsti civilisticamente per risarcire i danni antieconomici e nel contempo a tutela dei consumatori come debbano essere effettuate le stime dei danni. Tale principio è fondamentale al fine di evitare che si creino situazioni di scarsa trasparenza dovute a incroci societari nelle proprietà delle riviste di settore che stimano il valore dei veicoli rispetto all'assicuratore che quelle stime utilizza per liquidare i sinistri. Nello specifico, la norma, all'articolo 6, intende evitare ingiustificate penalizzazioni per i possessori di veicoli datati ma efficienti. Infatti, secondo l'articolo 2058 del codice civile l'unico limite, posto peraltro a tutela dell'assicuratore debitore, è che il risarcimento non sia «eccessivamente oneroso».

All'articolo 7 viene chiarito che il valore economico di un veicolo non può essere univocamente determinato da riviste di settore la cui indipendenza può essere condizionata dagli assetti editoriali, col rischio che le indicazioni siano penalizzanti per i danneggiati in quanto non corrispondenti ai reali valori di mercato che sono determinati dall'incontro tra domanda e offerta. Pertanto, il valore di riferimento dovrà essere determinato sulla base del valore di acquisto di un veicolo simile desunto dai siti *internet* e, in via non esclusiva, da riviste di settore. È inoltre indispensabile aggiungere al valore del risarcimento il valore commerciale aumentato delle spese di re-immatricolazione e fermo reperimento analogo mezzo (FRAM) che il danneggiato avrebbe dovuto affrontare in caso di rottamazione dell'auto.

All'articolo 8 in materia di cessione di credito viene ribadita normativamente l'impossibilità per l'impresa assicuratrice di vietare la cessione del diritto al risarcimento del danno causato dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, con conseguente grave limitazione delle facoltà contrattuali degli assicurati (espressamente riconosciute dal codice civile) e attribuzione di maggiore forza contrattuale all'assicuratore. Inoltre, il diritto al risarcimento ha natura extracontrattuale e come tale non ammette limitazioni pattizie al credito che il danneggiato ha solidalmente nei confronti dell'assicuratore trattandosi evidentemente di credito che nasce da un'obbligazione solidale col civile responsabile della quale l'assicuratore, risponde in via diretta, *ex* articolo 144 del codice delle assicurazioni private ed *ex* articolo 1917 del codice civile, in forza di obbligo contrattuale. Il divieto, ove contrattualmente imposto, non risulterebbe sorretto da adeguata giustificazione neanche sotto il profilo dell'efficacia nel contenimento del fenomeno delle frodi assicurative, la cui origine non risiede nell'istituto della cessione del credito in sé considerato. A fronte della prevedibile inefficacia rispetto allo scopo perseguito si determinerebbe, invece, sotto il profilo del bilanciamento degli interessi, una compressione sproporzionata e discriminatoria delle facoltà contrattuali di una specifica categoria di creditori. Un siffatto divieto, anche se inserito in un contratto, sarebbe comunque contrario all'articolo 33, lettera *t*), del codice del consumo che considera vessatoria ogni «restrizione alla libertà contrattuale del contraente nei rapporti con i terzi»; il divieto difatti andrebbe a ledere l'autonomia dell'assicurato di stipulare una cessione di credito col proprio riparatore. Il divieto di cessione di credito è peraltro fonte di danno per i consumatori danneggiati che si vedono costretti ad anticipare ai carrozzieri le spese per la riparazione, mentre in precedenza potevano rilasciare loro una cessione di credito.

Negli articoli 9 e 10 si è provveduto a modificare il comma 3-*quater* dell'articolo 32 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27. Nello specifico, l'articolo 9 precisa che la lesione deve essere accertata visivamente o strumentalmente. Come già rilevato in dottrina per quanto riguarda l'interpretazione del termine «visivamente», è necessario precisare che «visita medica» deriva dalla stessa radice semantica dell'avverbio «visivamente»; il termine quindi va interpretato nella fattispecie, come «accertamento a seguito di visita medica». Per visita medica s'intende l'ispezione, l'esame e controllo dello stato di un soggetto utilizzando tutti i criteri stabiliti dalla semeiotica clinica. Pertanto, la visita medica prevede l'ispezione, la palpazione, la percussione, l'auscultazione e ogni altro strumento che costituisce il bagaglio della

semeiotica medica. L'interpretazione letterale del termine «visivamente» rapportato esclusivamente al mero apprezzamento visivo, porterebbe quindi ad escludere tutte le lesioni che di fatto sono comunque idoneamente accertabili utilizzando gli strumenti della semeiotica medica. La norma sulla quale si è intervenuti rappresenta dunque un riconoscimento della necessità di operare con rigore scientifico nella valutazione clinica delle patologie asseritamente presenti e con rigore valutativo medico legale nell'affermare la presenza di una lesione e di una menomazione, secondo la rilevanza che ha il concetto di «prova» ai fini della determinazione del danno risarcibile. Pertanto il termine «visivamente» non può che corrispondere al termine clinicamente, accertabile dal punto di vista medico legale. Per tale ragione appare opportuno intervenire sul punto anche al fine di ridurre il contenzioso giudiziale.

Inoltre, all'articolo 10 viene specificato che solo la visita clinica medica, ad opera di specialista medico legale, attraverso la semeiologia specialistica medico legale, può definire l'entità del danno alla persona, altrimenti si perderebbe non solo di vista il concetto stesso di diritto all'integrità psico-fisica previsto dall'articolo 32 della nostra Costituzione, ma si andrebbe contro anche ad un diritto europeo ove la dignità della persona, la sua integrità psico-fisica ed il suo diritto alla salute sarebbero confinati ad una serie di *bit* che costituiscono il file elettronico di un supposto esame strumentale. Se ne propone pertanto la modifica al fine di consentire rigorosi accertamenti ad opera dello specialista medico legale. Infine, in aderenza alle disposizioni del codice deontologico medico appare opportuno ribadire le incompatibilità del curante con lo svolgimento di funzioni medico legali.

All'articolo 11 viene introdotta una norma tesa a disincentivare le denunce di sinistro tardive senza operare stravolgimenti, modificando opportunamente l'articolo 149, comma 1, del codice delle assicurazioni.

L'articolo 12 provvede a precisare la procedura di accesso agli atti che in un quadro di trasparenza va consentito anche al riparatore direttamente interessato. Quest'ultimo ha dunque la facoltà di accedere agli atti per verificare le perizie svolte dall'assicuratore, o gli atti istruttori che determinano un eventuale diniego al risarcimento o una sospensione della procedura liquidativa.

All'articolo 13 si è inteso valorizzare il ruolo del perito assicurativo prevedendo che l'accertamento dei danni avvenga esclusivamente attraverso l'opera di periti iscritti nel ruolo di cui all'articolo 157 del codice delle assicurazioni.

Inoltre, con l'articolo 14 si è introdotta una precisa norma volta a tutelare il danneggiato attraverso un sistema di garanzie sulla terzietà del fiduciario assicurativo, anche al fine di prevenire indebite suggestioni extra-tecniche.

All'articolo 15 si è, altresì, inteso sostituire l'obbligo previsto dall'articolo 149 del codice delle assicurazioni, offrendo la facoltà, per i danneggiati di rivolgere la richiesta di risarcimento all'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto relativo al veicolo utilizzato in coerenza con la sentenza della Corte costituzionale n. 180 del 2009. In questo modo le assicurazioni potrebbero seguire un approccio convenzionale più equilibrato rispetto a quello stabilito dalla legge che si è rivelato fallimentare.

L'articolo 16 introduce modifiche volte a razionalizzare il sistema del risarcimento diretto prevenendo fenomeni di *moral hazard*.

Gli articoli 17, 18, 19 e 20 disciplinano l'istituzione, la composizione, le modalità di funzionamento ed i criteri di finanziamento dell'Agenzia antifrode. Nello specifico, l'Agenzia ha il compito di realizzare un sistema di prevenzione, deterrenza e contrasto, sul piano amministrativo, delle frodi sulle richieste di risarcimento e indennizzo, sulle polizze e sulla documentazione necessaria alla stipulazione di un contratto di assicurazione (articolo 17).

Il disegno di legge prevede che, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge, con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze sono definite le condizioni per il funzionamento dell'Agenzia. Quest'ultima sarà composta da un minimo di trenta informatici ed esperti del settore, nonché, da investigatori, esperti in comunicazione provenienti da amministrazioni pubbliche o private

secondo criteri di competenza e consolidata esperienza nel settore (articolo 18).

Con il medesimo decreto sono, altresì, definiti i criteri di raccordo e cooperazione dell'Agenzia con le altre entità pubbliche e private (articolo 19).

Il finanziamento dell'Agenzia è coperto da un apposito contributo sui premi assicurativi raccolti nell'anno precedente dagli intermediari assicurativi delle imprese in misura proporzionale alle spese da queste sostenute per la pubblicità nell'anno precedente, nonché, da eventuali contributi da parte di altri enti previa approvazione della medesima Agenzia (articolo 20).

Con l'articolo 21 si aggiunge di seguito all'articolo 1226 del codice civile, l'articolo 1226-*bis*, che introduce nel codice civile il principio generale per cui, ai fini della liquidazione dei danni non patrimoniali da menomazioni dell'integrità psicofisica, è imprescindibile fare riferimento alle tabelle indicative nazionali, disciplinate nello specifico dall'articolo 22 del presente disegno di legge. Inoltre, all'articolo 23 sono abrogate le norme che sono attualmente all'origine delle discriminazioni risarcitorie, in quanto risultano fonti di eccessiva discordia tra gli interpreti. Il secondo comma dell'articolo 1226-*bis* del codice civile, in linea con orientamenti giurisprudenziali consolidati da tempo e con la Corte costituzionale, prevede che il giudice, dinanzi a circostanze particolari, proceda, adeguatamente motivando, a personalizzare il danno non patrimoniale oltre i limiti indicati dalle tabelle indicative nazionali. Una diversa impostazione risulterebbe tale da comprimere il diritto, costituzionalmente tutelato, ad una riparazione integrale del danno non patrimoniale, nonché sarebbe tale da dare luogo a risarcimenti uguali per pregiudizi diversi, ciò in violazione dell'articolo 3 della Costituzione. La previsione, di cui al comma 2 dell'articolo 1226-*bis* del codice civile, non è comunque tale da introdurre eccessivi ed indesiderabili margini di incertezza ed imprevedibilità delle liquidazioni: essa limita il potere-dovere del magistrato di personalizzare ulteriormente il danno non patrimoniale nei soli casi in cui ricorrano circostanze particolari; la giurisprudenza, del resto, ha costantemente dimostrato un certo qual «*self-restraint*» nei risarcimenti in questione.

All'articolo 22 si prevede l'approvazione della tabella indicativa nazionale per la valutazione medico legale delle menomazioni all'integrità psico-fisica. Per porre fine alle contese in materia si è ritenuto opportuno adottare per via legislativa quelle elaborate dall'Osservatorio sulla giustizia civile del tribunale di Milano nella loro ultima versione (edizione 2013), in quanto, come anche sottolineato dalla Cassazione, senz'altro ormai da diverso tempo le più diffuse sul territorio nazionali e quelle più idonee a costituire un «valido e necessario criterio di riferimento ai fini della valutazione equitativa ex articolo 1226 del codice civile» (così Cass. Civ., Sez. III, 7 giugno 2011, n. 12408; Cass. civ., Sez. III, 30 giugno 2011, n. 14402; Cass. civ., Sez. III, 11 maggio 2012, n. 7272; Cass. civ., Sez. VI, ord. 4 gennaio 2013 n. 134). Inoltre, le tabelle milanesi relative alla liquidazione dei danni non patrimoniali da lesioni dell'integrità psicofisica hanno il pregio di concepire unitariamente il danno non patrimoniale, al contempo, per quanto concerne il rapporto tra danno biologico e danno morale, permettendo al giudice di individuare i pesi rispettivamente attribuiti, a livello di trattamento uniforme di base, a queste distinte componenti della categoria generale. È opportuno precisare che le tabelle milanesi, redatte per la prima volta nel 1995 sulla base di precedenti giurisprudenziali (non solo lombardi) e poi rapidamente diffuse tra la maggior parte dei tribunali italiani (oggi fatta eccezione essenzialmente per il foro romano), rappresentano valori ormai condivisi a livello nazionale e, quindi, non sono strettamente correlate al solo contesto economico della Lombardia. Va altresì rimarcato come l'adozione dei valori monetari recati da tali tabelle non sarebbe tale da comportare incrementi di sorta del *quantum* dei risarcimenti da sinistri stradali in relazione alla maggior parte delle lesioni (quelle da 10 a 100 di invalidità permanente), atteso che i giudici già da tempo si riferiscono ai valori milanesi a fronte della mancata attuazione dell'articolo 138 del Codice delle assicurazioni private, sicché non si prospetta il paventato timore di aumenti dei premi delle polizze RC Auto. D'altro canto, a dimostrazione dell'assenza di correlazione tra disposizioni in materia di valori risarcitori e premi delle polizze RC Auto, deve evidenziarsi come agli interventi normativi occorsi a partire dalla legge n. 57 del 2001, tali da ridimensionare i risarcimenti per le micropermanenti da sinistri stradali, non siano seguite diminuzioni dei premi delle polizze, ma anzi si siano registrati costantemente aumenti

significativi delle stesse. Non si è invece ritenuto di recepire per via legislativa la relazione introduttiva alle tabelle milanesi predisposta dall'Osservatorio sulla giustizia civile del tribunale di Milano, ciò essenzialmente per due ragioni: in primo luogo, il principio generale rimane quello di cui all'articolo 1226 del codice civile, da ritenersi sufficientemente integrato da quello aggiunto al secondo comma dell'articolo 1226-*bis* del codice civile; in secondo luogo, si sarebbe finito per rendere più complessa e gravosa la ricezione per via legislativa dei parametri milanesi. Ciò non toglie la sicura apprezzabilità della relazione illustrativa.

L'articolo 22 prevede le modalità di predisposizione e di approvazione della tabella, definendo altresì le nozioni di danno biologico e di danno morale, recependo concetti ampiamente condivisi a livello giurisprudenziale e dallo stesso Governo (come si evince dal regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 3 marzo 2009, n. 37, e dal regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 ottobre 2009, n. 181).

Si prevede inoltre l'aggiornamento annuale, da parte del Ministro della giustizia, degli importi recati dalla tabella e si interviene in materia di valutazione medico-legale delle menomazioni, prendendo innanzitutto atto che allo stato l'unica tabella, approvata con legge e da tempo operativa, tale da contemplare le lesioni da 1 a 100 per cento di invalidità permanente, è la «*Tabella delle menomazioni*» di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale del 12 luglio 2000, pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 172 del 25 luglio 2000, emanata, sotto l'autorevole egida dei medici legali dell'INAIL, in attuazione dell'articolo 13, commi 2, lettera a), e 3 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38. Infatti, la tabella medico-legale, di cui all'articolo 138 del codice delle assicurazioni private, per le lesioni da 10 a 100 per cento di invalidità permanente, non è ancora stata predisposta, essendo peraltro il Governo decaduto dalla delega a provvedere alla sua approvazione. Del resto, è altresì da scongiurare il contrasto tra tabelle di legge distinte per la valutazione medico-legale degli stessi identici pregiudizi biologici, contrapposizione non solo irrazionale ed idonea a produrre trattamenti discriminatori, ma altresì impeditiva di un corretto coordinamento tra indennità e rendite dell'INAIL e risarcimento del danno, ogniquale volta questi due sistemi di tutela vengano a incrociarsi tra loro (come per esempio è il caso degli infortuni *in itinere*). Al contempo, tuttavia, non si ignora come la «*Tabella delle menomazioni*», redatta ormai più di dieci anni or sono e concepita con particolare riguardo per le menomazioni connesse agli infortuni sul lavoro ed alle malattie professionali, necessiti di essere affinata e, comunque, integrata per contemplare la sua estensione ad ogni altro ambito della responsabilità civile. In considerazione di questi rilievi, da più interpreti ed operatori evidenziati in questi anni, si è pertanto ritenuto di assumere provvisoriamente la «*Tabella delle menomazioni*», quale riferimento normativo per la valutazione medico-legale per ogni caso di lesioni dell'integrità psicofisica, contestualmente prevedendosi l'emanazione, entro un anno, della nuova tabella delle menomazioni. Si è ritenuto altresì opportuno dettare criteri specifici per la composizione della commissione tecnica, istituenda dal Ministero della salute: l'obiettivo è di garantire la massima scientificità della redigenda tabella.

Infine, in conseguenza dell'introduzione delle disposizioni, di cui agli articoli 1 e 2, si rendono inevitabili le modifiche ed abrogazioni recate dall'articolo 23. In primo luogo, permettendo le disposizioni di cui agli articoli 1 e 2 di archiviare definitivamente la stagione dei trattamenti discriminatori, sul piano risarcitorio, tra vittime di sinistri stradali e tutti gli altri danneggiati, all'articolo 23 si prevede sia la modifica degli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, sia l'abrogazione del comma 3 dell'articolo 3 del decreto-legge del 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, che ha recentemente esteso la disciplina, di cui ai predetti articoli 138 e 139, alla liquidazione del danno biologico conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria, a quest'ultimo riguardo dovendo altresì considerare le perplessità della legittimità costituzionale di tale disposizione alla luce degli articoli 77, secondo e terzo comma della Costituzione. In secondo luogo, modificando l'articolo 139 del codice delle assicurazioni private, si è ritenuto opportuno procedere all'abrogazione del comma 3-*quater* dell'articolo 32 di cui al decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge

24 marzo 2012, n. 27, ciò a fronte dei rilievi critici pervenuti, sia dalla dottrina (anche medico legale) e sia dalla giurisprudenza, in merito alle novità introdotte da tali disposizioni sul fronte della liquidazione del danno biologico da lesioni di lieve entità, per l'appunto incidenti sull'articolo 139. In particolare, tali novità, tra l'altro di dubbia legittimità costituzionale in considerazione del precetto di cui all'articolo 77, secondo comma, della Costituzione (oltre che di altre norme della Costituzione), si sono rilevate essere di non agevole interpretazione ed applicazione (anche per i consulenti tecnici), nonché tali da dare luogo a nette contrapposizioni giurisprudenziali, a tutto discapito della certezza del diritto e della tutela dei cittadini, con un indesiderato aggravio del contenzioso giudiziario. Tuttavia, alla luce delle ragioni che condussero alla novellazione del 2012, si è inteso al contempo preservare in seno all'articolo 139 del codice delle assicurazioni private il fondamentale e condivisibile messaggio, rivolto innanzitutto ai medici-legali, dell'accertamento, con tutto il rigore del caso, delle conseguenze biologiche permanenti della distorsione del rachide cervicale: le lesioni prodotte dai cosiddetti «colpi di frusta», che non risultino accertate clinicamente o strumentalmente, non potranno dar luogo ad alcun risarcimento a titolo di danni, patrimoniali e non patrimoniali, da invalidità permanente.

Agli articoli 24, 25 e 26, sono poi previste norme in materia di autorità di controllo. È urgente procedere alla nomina degli organismi direttivi dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato e dell'IVASS attraverso procedure parlamentari che possano privilegiare una adeguata selezione dei componenti in relazione a competenza, indipendenza e assenza di conflitti di interesse. Si prevede che i membri dei consigli aumentino da tre a cinque per evitare un eccessivo peso del Presidente e un impoverimento del ruolo di organismi collegiali.

Infine all'articolo 27 è prevista la istituzione di un osservatorio per la rilevazione dei costi medi della RC auto.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Liberalizzazione dei mercati e incentivo alla concorrenza per le imprese estere)

1. All'articolo 130 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

«3-bis. Al fine di incentivare la concorrenza nel settore assicurativo, le nuove imprese di assicurazione che ricevono dall'IVASS l'autorizzazione all'attività assicurativa per responsabilità civile autoveicoli terrestri di cui all'articolo 2, comma 3, numero 10), sono esentate per tre anni dall'inizio dell'attività dall'applicazione dell'obbligo a contrarre di cui all'articolo 132 qualora offrano prodotti assicurativi rivolti a segmenti omogenei di mercato definiti su base geografica o per tipologia di veicolo».

Art. 2.

(Libertà di scelta e tutela del consumatore)

1. Dopo il comma 2-ter dell'articolo 131 del codice di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è inserito il seguente:

«2-quater. Tutti i contratti di assicurazione prevedono la facoltà per l'assicurato, in caso di danno garantito dal contratto, di scegliere il riparatore delle cui prestazioni intenda avvalersi. L'informazione relativa a tale facoltà deve essere fornita nelle condizioni generali di polizza e all'atto della denuncia di sinistro. L'obbligo di informazione si applica ai contratti sottoscritti dopo la data di entrata in vigore della presente disposizione nonché all'atto del rinnovo dei contratti in corso della medesima data, per i quali l'informazione deve essere fornita sull'avviso di scadenza annuale o sulla quietanza di pagamento del premio».

Art. 3.

(Portabilità dei contratti assicurativi e incentivo alla concorrenza)

1. Dopo il comma 2-quater dell'articolo 131 del codice di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, introdotto dalla presente legge, è inserito il seguente:

«2-*quinquies*. È facoltà dell'assicurato, decorso un anno dalla prima stipula, recedere dal contratto senza oneri, spese o penalità. Il recesso ha effetto dopo un mese dalla ricezione della disdetta che deve essere inviata in forma scritta, con lettera raccomandata o mezzo equipollente che ne comprovi la ricezione. Il diritto di recesso è indicato nella polizza, sull'avviso di scadenza e sulla quietanza di premio. A seguito della disdetta di cui al presente comma, l'assicurato è tenuto unicamente al pagamento della parte di premio relativo al periodo che decorre dall'efficacia della polizza fino alla data di effetto della disdetta e l'assicuratore è tenuto a rimborsare la differenza entro trenta giorni dalla data della disdetta; in caso di ritardo, oltre agli interessi legali sono dovuti gli interessi moratori. Le formalità per l'anticipato recesso sono assolute dal nuovo assicuratore che garantisce la continuità della copertura assicurativa. Il recesso si estende a tutte le garanzie accessorie o comunque stipulate con la polizza di assicurazione».

Art. 4.

(*Contratto base*)

1. Al comma 1 dell'articolo 132 del codice di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e successive modificazioni, dopo le parole: «dei veicoli a motore e dei natanti» sono inserite le seguenti: «unitamente al contratto base definito ai sensi dell'articolo 22, comma 4, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221».

Art. 5.

(*Risarcimento in forma specifica*)

1. Al capo IV del titolo X del codice di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come da ultimo modificato dalla presente legge, è aggiunto, in fine, il seguente articolo:

«Art. 150-ter. -- (*Risarcimento in forma specifica*). -- 1. Nel caso di sinistro verificatosi in Italia tra due veicoli identificati e assicurati per il quale sia applicabile la procedura di cui all'articolo 149 del presente codice, ove non vi siano state lesioni alle persone, è facoltà del danneggiato richiedere il risarcimento in forma specifica dei danni materiali subiti al veicolo ai sensi dell'articolo 2058 del codice civile. Al danneggiato, se e in quanto dovuto, compete inoltre il risarcimento delle ulteriori voci di danno quali svalutazione commerciale, fermo tecnico e nolo di un eventuale mezzo sostitutivo. Al danneggiato non possono essere in ogni caso richiesti pagamenti a titolo di franchigia o di scoperto.

2. L'impresa di assicurazione, in assenza di responsabilità concorsuale e quando non risulta eccessivamente oneroso ai sensi dell'articolo 2058 del codice civile, risarcisce il danno al veicolo in forma specifica facendo eseguire la riparazione dei danni presso carrozzerie convenzionate.

3. L'impresa di assicurazione, risponde dell'operato del proprio prestatore d'opera in solido con il medesimo ed è tenuta a fornire, sempre in solido con il proprio riparatore fiduciario, un'ulteriore garanzia sulle riparazioni effettuate, con una validità non inferiore a due anni, ferma restando quella di legge per tutte le parti sostituite non soggette a usura ordinaria.

4. L'assicuratore deve fornire al danneggiato, fin dal momento in cui offre la riparazione in forma specifica, un'informativa scritta contenente gli estremi dell'impresa di riparazione fiduciaria incaricata di eseguire i lavori. L'informativa al danneggiato deve chiarire le modalità di effettuazione delle riparazioni precisando se le stesse sono effettuate mediante l'utilizzo di ricambi originali prodotti dalla casa madre automobilistica o compatibili e, per i danni ai soli lamierati, se ne è effettuata la sostituzione o la riparazione, ovvero per danneggiamenti esterni, se la riparazione avviene mediante interventi di raddrizzatura a freddo e non di riverniciatura completa.

5. Al termine dei lavori l'impresa di riparazione fiduciaria emette e consegna al danneggiato ai fini della garanzia biennale fattura o ricevuta fiscale intestata al danneggiato, con l'indicazione che il pagamento è effettuato dall'impresa di assicurazione, con l'analitica indicazione dei lavori svolti, che devono corrispondere per qualità a quanto indicato nell'informativa di cui al comma 4, e con l'indicazione delle ore di manodopera effettuate e dei ricambi utilizzati corredata dall'esplicita informazione sull'utilizzo o no di materiale prodotto dalla casa madre automobilistica o compatibile.

6. È fatto divieto alle imprese di assicurazione di utilizzare società di intermediazione per la

riparazione dei veicoli».

Art. 6.

*(Valore di mercato e risarcimento
in forma specifica)*

1. Al comma 1 dell'articolo 148 del codice di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e successive modificazioni, sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Nell'ipotesi in cui il costo della riparazione sia pari o superiore al valore di mercato del veicolo, il danno è risarcito nei limiti di cui all'articolo 2058 del codice civile, tenendo ulteriormente conto della utilità che il bene ha per il danneggiato, del suo stato d'uso nonché delle spese di demolizione e di reimmatricolazione e della tassa di possesso non goduta. Il valore commerciale è determinato sulla base del valore di acquisto di un veicolo simile desunto da siti *internet* e, in via non esclusiva, da riviste di settore».

Art. 7.

(Stima del valore dei veicoli)

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 131 del codice di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è inserito il seguente:

«1-bis. È fatto divieto di determinare il valore commerciale di un veicolo attraverso il rinvio esclusivo a una determinata rivista. Per tutti i contratti e per quelli in corso alla prima scadenza, il valore di riferimento deve essere determinato sulla base del valore di acquisto di un veicolo simile desunto da siti *internet* e, in via non esclusiva, da riviste di settore. Il valore commerciale deve tenere comunque conto delle spese figurative di reimmatricolazione e di fermo reperimento analogo mezzo (FRAM)».

Art. 8.

(Cessione di credito)

1. Dopo il comma 1-bis dell'articolo 131 del codice di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, introdotto dalla presente legge, è inserito il seguente:

«1-ter. Fermo restando quanto disposto dal codice del consumo, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 206, è comunque nulla ogni pattuizione che vieti la cedibilità del credito a soggetti che si rendano cessionari di crediti comunque inerenti l'attività svolta».

Art. 9.

(Ruolo dello specialista medico legale)

1. Al comma 3-quater dell'articolo 32, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo la parola: «riscontro» sono inserite le seguenti: «ad opera di uno specialista»;

b) sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «È fatto divieto di svolgere attività medico legale di parte al medico nei casi in cui, a qualsiasi titolo, sia intervenuto personalmente per ragioni di assistenza o di cura. Tali circostanze costituiscono ragione di impedimento ad accettare incarichi di perito o di consulente tecnico d'ufficio in procedimenti giudiziari».

Art. 10.

(Tutela del diritto alla salute)

1. Al comma 3-quater dell'articolo 32, del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27, come modificato dalla presente legge, dopo la parola: «risulti» sono inserite le seguenti: «clinicamente».

Art. 11.

(Denuncia tardiva dei sinistri)

1. Al comma 1 dell'articolo 149 del codice di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, sono aggiunte in fine, le seguenti parole: «entro novanta giorni dal verificarsi del sinistro. Decorso tale termine il danneggiato decade dal diritto di utilizzare la procedura di cui al presente articolo».

Art. 12.

(Accesso agli atti)

1. Al comma 1 dell'articolo 146 del codice di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, dopo le parole: «ai contraenti ed ai danneggiati» sono inserite le seguenti: «nonché ai titolari delle imprese che provvedono alle riparazioni dei veicoli coinvolti nel sinistro muniti di delega o di cessione di credito».

Art. 13.

(Ruolo del perito)

1. Al comma 2 dell'articolo 156 del codice di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) la parola: «direttamente» è soppressa;

b) sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «esclusivamente attraverso l'opera di periti iscritti nel ruolo di cui all'articolo 157».

Art. 14.

(Terzietà del fiduciario assicurativo)

1. Dopo l'articolo 156 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come modificato dalla presente legge, è inserito il seguente:

«Art. 156-bis. -- *(Terzietà del fiduciario assicurativo)*. -- 1. Al fine di garantire una maggiore trasparenza nei rapporti fra professionisti e imprese di assicurazione è istituita presso l'IVASS una commissione paritetica composta da rappresentanti delle imprese assicurative e da rappresentanti delle organizzazioni dei professionisti fiduciari più rappresentative a livello nazionale. In caso di interferenze di carattere non tecnico l'IVASS provvede a diffidare la committenza, fatta salva l'applicazione dei procedimenti sanzionatori di cui all'articolo 319».

Art. 15.

(Adeguamento del sistema alla normativa disposta dalla Corte costituzionale)

1. Al comma 1 dell'articolo 149 del codice di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come modificato dalla presente legge, la parola: «devono» è sostituita dalla seguente: «possono».

Art. 16.

(Razionalizzazione economica del sistema del risarcimento diretto)

1. Per la regolazione dei rapporti economici, la convenzione stipulata tra le imprese di assicurazione ai sensi dell'articolo 13 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 18 luglio 2006, n. 254, e successive modificazioni, deve prevedere rimborsi basati sul valore reale dell'importo risarcito e un sistema di conguagli di fine anno stabilito sulla base del costo medio di ogni singola impresa, teso a incentivare l'efficienza delle imprese nella gestione dei costi.

2. I conguagli di cui al comma 1 sono effettuati sulla base di costi medi che possono essere differenziati per grandi tipologie di veicoli assicurati, per tipologia di danni a cose o alle persone, nonché per macroaree territorialmente omogenee.

3. Entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo provvede ad apportare le modifiche necessarie al regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 18 luglio 2006, n. 254, prevedendo:

a) la modifica dei commi 2 e 2-bis dell'articolo 13 in conformità a quanto disposto dai commi 1 e 2 del presente articolo e l'abrogazione dei commi 4, 5 e 6;

b) l'abrogazione dell'articolo 14.

Art. 17.

(Istituzione e compiti dell'Agenzia contro le frodi nel settore assicurativo)

1. È istituita, presso il Ministero dell'economia e delle finanze, l'Agenzia contro le frodi nel settore assicurativo, di seguito denominata «Agenzia», con il compito di realizzare un sistema di prevenzione,

deterrenza e contrasto, sul piano amministrativo, delle frodi relative alle richieste di risarcimento e di indennizzo, sulle polizze e sulla documentazione necessaria alla stipulazione di un contratto di assicurazione, fatte salve le competenze attribuite dalla normativa vigente ad altre amministrazioni pubbliche in sede civile e penale.

Art. 18.

(Composizione dell'Agenzia)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con i Ministri dell'interno, della giustizia e dello sviluppo economico, previo parere dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS), del Garante per la protezione dei dati personali, dell'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato, del Consiglio superiore della magistratura (CSM) e del congresso nazionale forense di cui all'articolo 39 della legge 31 dicembre 2012, n. 247, sono definite le condizioni per il funzionamento dell'Agenzia.

2. L'Agenzia è composta da un minimo di trenta componenti e rappresenta un'organizzazione multidisciplinare composta da informatici, da esperti, quali avvocati, magistrati in quiescenza, professori e patrocinatori, nelle materie di diritto di competenza, da investigatori e da esperti in comunicazione provenienti da amministrazioni pubbliche o private secondo criteri di competenza e di consolidata esperienza nel settore.

3. Il direttore dell'Agenzia è scelto tramite audizione dalla Commissione Giustizia della Camera dei deputati previa presentazione del *curriculum* dei candidati selezionati tra professionisti, docenti, magistrati in quiescenza e altri esperti del settore muniti di titolo di laurea idoneo.

Art. 19.

(Criteri e modalità di finanziamento dell'Agenzia)

1. Con il decreto di cui al comma 1 dell'articolo 18 sono definiti i criteri e le modalità di finanziamento dell'Agenzia e in particolare:

a) di selezione e di reclutamento del personale;

b) di raccordo e di accesso a strutture di prevenzione del furto d'identità e del credito al consumo, dei pagamenti dilazionati o differiti;

c) di raccordo e di cooperazione con: l'Arma dei carabinieri, con il Corpo della guardia di finanza e con la Polizia di Stato,

d) di raccordo e di cooperazione con le imprese di assicurazione;

e) di raccordo e di cooperazione con autorità estere operanti nel settore di interesse dell'Agenzia;

f) di accesso, di elaborazione e di conservazione dei dati provenienti da banche dati pubbliche o private, con particolare riferimento alla banca dati dei sinistri dell'IVASS, al casellario degli infortuni dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) nonché alle banche dati della motorizzazione civile, dell'Automobile club d'Italia, del settore assicurativo, del settore creditizio e del settore finanziario;

g) di controllo dell'efficacia e dell'efficienza dei sistemi di contrasto delle frodi utilizzati dalle imprese di assicurazione tramite la definizione e l'applicazione di adeguati indicatori;

h) di pubblicità e di azione culturale per la promozione di una coscienza diffusa contro le frodi nel settore assicurativo.

Art. 20.

(Finanziamento dell'Agenzia)

1. Il finanziamento dell'Agenzia è assicurato da un apposito contributo sui premi assicurativi riscossi nell'anno precedente dagli intermediari delle imprese di assicurazione in misura proporzionale alle spese da queste sostenute per pubblicità nel medesimo anno nonché da eventuali contributi da parte di altri enti previa approvazione della medesima Agenzia.

2. La misura del contributo di cui al comma 1 e i rami assicurativi ai quali esso si applica sono determinati annualmente dall'Agenzia, d'intesa con l'ANIA.

Art. 21.

(Introduzione dell'articolo 1226-bis del codice civile in materia di tabelle indicative nazionali per la valutazione equitativa del danno)

1. Dopo l'articolo 1226 del codice civile è inserito il seguente:

«Art. 1226-bis. -- *(Tabella indicativa nazionale per la liquidazione del danno)*. -- Per la liquidazione in via equitativa, ai sensi dell'articolo 1226 del danno non patrimoniale da menomazioni, temporanee o permanenti, dell'integrità psico-fisica il giudice assume a riferimento la tabella indicativa nazionale. In applicazione dell'articolo 1226 il giudice, qualora ricorrano particolari circostanze, con adeguata motivazione procede alla personalizzazione del danno non patrimoniale anche oltre i limiti massimi stabiliti dalla tabella indicativa nazionale».

Art. 22.

(Tabella indicativa nazionale)

1. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente della Repubblica, emanato ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della giustizia, si provvede all'approvazione della tabella indicativa nazionale per la valutazione medico legale delle menomazioni dell'integrità psico-fisica comprese tra 1 e 100 punti, recante le rispettive percentuali di invalidità, eventualmente anche espresse in fasce.

2. Ai fini della predisposizione della tabella di cui al comma 1, il Ministro della salute provvede a istituire una commissione tecnica composta da venti medici legali, di cui cinque indicati dall'INAIL, dieci scelti tra titolari di cattedre universitarie di medicina legale e cinque indicati dalle organizzazioni sindacali di medici legali più rappresentative a livello nazionale.

3. La commissione tecnica di cui al comma 2 procede alla predisposizione della tabella indicativa nazionale in conformità alle seguenti disposizioni:

a) indipendentemente dalla causa o dalla concausa, umana e imputabile, all'origine dell'evento lesivo:

1) per la liquidazione del danno non patrimoniale da invalidità permanente si applica la tabella indicativa nazionale;

2) per la liquidazione del danno non patrimoniale da invalidità temporanea il valore indicativo uniforme di base è fissato nell'importo compreso tra 96 euro e 144 euro per ogni giorno di invalidità temporanea assoluta; in caso di invalidità temporanea inferiore al 100 per cento, la liquidazione avviene in misura corrispondente alla percentuale di invalidità riconosciuta per ciascun giorno;

b) ai fini dell'applicazione della lettera a):

1) per danno biologico, quale componente del danno non patrimoniale, si intende la menomazione, temporanea o permanente, dell'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento o di valutazione medico legale, indipendente da eventuali ripercussioni sulla capacità di produrre reddito;

2) per danno morale da lesione dell'integrità psico-fisica si intende la componente del danno non patrimoniale costituita dalla sofferenza soggettiva, dal turbamento dello stato d'animo e dalla lesione alla dignità della persona.

4. Gli importi della tabella indicativa nazionale sono aggiornati annualmente, con decreto del Ministro della giustizia, in misura corrispondente all'aumento del costo della vita sulla base degli indici dell'Istituto nazionale statistico relativi all'anno precedente.

5. Nelle more dell'approvazione della tabella indicativa nazionale si applica la tabella delle menomazioni di cui ai commi 2, lettera a), e 3 dell'articolo 13 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38.

Art. 23.

(Disposizioni di coordinamento)

1. Al codice di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) l'articolo 138 è sostituito dal seguente: «Art. 138. -- *(Danno non patrimoniale)*. -- 1. Per la liquidazione del danno non patrimoniale da lesione, temporanea o permanente, dell'integrità psico-fisica e del danno non patrimoniale da morte del congiunto si applica l'articolo 1226-*bis* del codice civile»;

b) al comma 2 dell'articolo 139 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Le lesioni da distorsione del rachide cervicale che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo non danno luogo ad alcun risarcimento a titolo di danni, patrimoniali e non patrimoniali, da invalidità permanente».

2. Il comma 3-*quater* dell'articolo 32 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 marzo 2012, n. 27, è abrogato.

3. Il comma 3 dell'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, è abrogato.

Art. 24.

(Autorità garante della concorrenza e del mercato)

1. Al comma 2 dell'articolo 10 della legge 10 ottobre 1990, n. 287, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «su rose di candidati proposti dalle Commissioni parlamentari competenti in materia di attività produttive in base ai *curricula* inviati e a un ciclo di audizioni pubbliche»;

b) al secondo periodo sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «e non in posizione di conflitto di interessi anche in relazione ad attività precedenti»;

c) al terzo periodo sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «e non in posizione di conflitto di interessi anche in relazione ad attività precedenti».

Art. 25.

(Componenti dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato)

1. La lettera d) del comma 1 dell'articolo 23 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, è abrogata.

Art. 26.

(IVASS)

1. All'articolo 13 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) i commi 11 e 12 sono abrogati;

b) il comma 13 è sostituito dal seguente:

«13. Il Consiglio opera in piena autonomia e con indipendenza di giudizio e di valutazione ed è organo collegiale costituito dal presidente e da quattro membri nominati su rose di candidati proposti dalle Commissioni parlamentari competenti in materia di attività produttive in base ai *curricula* inviati e a un ciclo di audizioni pubbliche. Il Presidente è scelto tra persone di notoria indipendenza che abbiano ricoperto incarichi istituzionali di grande responsabilità e rilievo e non in posizione di conflitto di interessi anche in relazione ad attività precedenti. I quattro membri sono scelti tra persone di notoria indipendenza individuate tra magistrati del Consiglio di Stato, della Corte dei conti o della Corte di cassazione, professori universitari ordinari di materie economiche o giuridiche e personalità provenienti da settori economici dotate di alta e riconosciuta professionalità e non in posizione di

conflitto di interessi anche in relazione ad attività precedenti»;

c) al comma 14, la parola: «due» è sostituita dalla seguente: «quattro»;

d) al comma 15, ottavo capoverso, le parole: «e delibera sulle questioni che il Direttorio integrato eventualmente ritenga di sottoporgli» sono soppresse;

e) i commi 16, 17, 19 e 22 sono abrogati;

f) ai commi 18, 20, 21 e 23 le parole: «Direttorio integrato» sono sostituite dalla seguente: «Consiglio»;

g) al comma 24 le parole: «Direttorio della Banca d'Italia» sono sostituite dalla seguente: «Consiglio».

Art. 27.

*(Osservatorio per la rilevazione
dei costi medi)*

1. È istituito, senza nuovi o maggiori oneri per il bilancio dello Stato, con decreto del Ministro della giustizia, sentiti il Ministro dello sviluppo economico e il Ministro della salute, l'Osservatorio per la rilevazione dei costi medi dell'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile verso i terzi derivanti dalla circolazione di veicoli e natanti, di seguito denominato «Osservatorio». L'Osservatorio è composto da rappresentanti dei Ministeri della giustizia, dello sviluppo economico e della salute, da rappresentanti delle imprese di assicurazione, dei consorzi delle organizzazioni artigiane degli autoriparatori, delle organizzazioni dei riparatori indipendenti, di almeno tre delle associazioni di categoria dei produttori di ricambi e materiale di consumo del settore degli autoveicoli, delle associazioni sindacali dei medici legali, dei periti, dei patrocinatori e degli avvocati nonché da rappresentanti dell'IVASS, del Garante per la protezione dei dati personali, dell'Autorità garante alla concorrenza e del mercato, del CSM e del congresso nazionale forense di cui all'articolo 39 della legge 31 dicembre 2012, n. 247.

2. L'Osservatorio opera acquisendo i dati sulle voci che compongono i costi del risarcimento dell'assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile verso i terzi derivanti dalla circolazione di veicoli e natanti al fine di compararne l'andamento e la compatibilità con il costo complessivo dei sinistri liquidati in relazione all'andamento dei premi della medesima assicurazione.

3. L'analisi dei dati di cui al comma 2, che devono essere trattati con riservatezza e non devono essere accessibili al fine di impedire che essi possano incidere sulle dinamiche concorrenziali del mercato assicurativo, è resa pubblica dall'Osservatorio entro il 15 luglio di ogni anno.

