

PRIMO PIANO

Speciale: il dpr del Mise

Il ministero dello Sviluppo economico ha proposto, dopo circa 15 anni di attesa, lo schema unico per le tabelle di risarcimento delle lesioni con invalidità 10-100 punti, ai sensi dell'articolo 138 del Codice delle assicurazioni.

Insurance Daily è lieto di ospitare in questa edizione speciale due ampi commenti al dpr del ministero: il primo è a cura degli avvocati Maurizio Hazan, Filippo Martini e Marco Rodolfi; il secondo è l'opinione dell'Associazione Melchiorre Gioia, a firma del suo presidente Giovanni Cannavò.

Per gli avvocati, la Tabella unica nazionale proposta del Mise rappresenta certamente un punto di svolta per la materia dei risarcimenti dei danni fisici più gravi negli incidenti stradali (Rc auto) e nell'ambito medico (Rc sanitaria). Tuttavia, riguardo ai contenuti c'è ancora molto da fare, e quindi è bene non perdere l'occasione di migliorare lo schema di legge con il rischio di dover aspettare un altro decennio.

Più dura, invece, l'Associazione Melchiorre Gioia, che giudica le tabelle "tardive, inutili e mortificanti la professionalità medico legale". Secondo Cannavò, il dpr non considera l'evoluzione delle conoscenze sanitarie e delle tecnologie a disposizione dei medici legali, e molto probabilmente porterà a un aumento degli esborsi da parte del mercato assicurativo senza un reale vantaggio dal punto di vista valutativo.

Buona lettura.

NORMATIVA

Tabella unica nazionale: come cambiano i risarcimenti

Nell'ampia analisi degli avvocati Maurizio Hazan, Filippo Martini e Marco Rodolfi, pro e contro dello schema di dpr che definisce i valori economici dei danni tra 10 e 100 punti d'invalidità. Un provvedimento atteso da più di 15 anni e che, sebbene molto migliorabile nei contenuti, rappresenta è un decisivo passo in avanti per tutto il sistema

Il ministero dello Sviluppo economico ha divulgato lo scorso 13 gennaio il testo dello schema di dpr contenente il regolamento recante le tabelle delle menomazioni all'integrità psicofisica comprese fra 10 e 100 punti di invalidità e i meccanismi di conto della tavola dei valori economici per il risarcimento dei danni.

Si tratta di un provvedimento atteso da oltre quindici anni e chiamato a regolare (su impulso dell'articolo 138 del Codice delle assicurazioni) le somme dovute alle vittime a titolo di risarcimento del danno non patrimoniale (biologico e morale) integrale che abbia origine da lesioni subite in un incidente stradale ovvero per effetto di un'ipotesi di responsabilità sanitaria di operatori o strutture (art. 7 legge Gelli 24/2017).

Come ben rimarcato nella relazione introduttiva allo schema, l'emanazione di una Tabella unica nazionale per entrambi i settori non può che "migliorare la situazione complessiva, sia dal punto di vista delle relazioni impresa assicurativa/danneggiato, sia con riferimento ai costi del contenzioso. La tabella, infatti, riduce notevolmente i margini di discrezionalità e, di conseguenza, l'incertezza sui valori dei risarcimenti".

Non è un caso, del resto, che entrambi i sistemi risarcitori siano obbligatoriamente assicurati e reclamino, più di altri, regole tali da consentire una miglior prevedibilità dei valori dei potenziali risarcimenti, anche in considerazione delle esigenze di più generale sostenibilità dei costi assicurativi posti a carico dei soggetti che, tenuti all'obbligo assicurativo, sovvenzionano il sistema attraverso il pagamento dei premi.

Merita dunque un plauso l'impegno con cui il ministero dello Sviluppo economico, coadiuvato dall'Ivass, ha dato finalmente un serio impulso alla delega attuativa, così come prevista dal citato art. 138, nella sua versione riformata dalla legge 124/2017. Peraltro, la non ulteriore prorogabilità dei lavori di redazione della Tabella unica nazionale appare ancor più evidente nel presente momento storico.

LA CONTRAPPOSIZIONE MILANO-ROMA

È noto che, nel vuoto lasciato dalla mancata attuazione dell'art. 138, la criteriologia liquidativa di riferimento, da utilizzarsi in assenza delle tabelle di legge per le lesioni di grave entità nella Rc auto (e oggi nella Rc sanitaria), è sempre stata individuata dalla Suprema Corte nelle tabelle licenziate dall'Osservatorio per la giustizia civile del tribunale di Milano. Tabelle alle quali, a far tempo dalla cosiddetta sentenza Amatucci (Cassazione 7 giugno 2011, n. 12408), la terza sezione della Cassazione ha riconosciuto vocazione nazionale, e dunque valore di misura "autentica" e generale dell'equità risarcitoria.

(continua a pag. 2)





(continua da pag. 1)

È, tuttavia, altrettanto noto che, pur a fronte di tale formale riconoscimento del ruolo surrogatorio attribuito alla tabella milanese, la tenuta tecnica della stessa è stata nel 2018 messa in discussione dal tribunale di Roma, che ne ha criticato la non aderenza ai criteri espressi dall'ultima versione dell'art. 138, e dalla più recente giurisprudenza di legittimità, soprattutto in relazione alla separata valorizzazione del danno morale. Ne è discesa una contrapposizione ideologica e di metodo, forse un poco campanilistica, che certo non ha giovato a quelle esigenze di certezza della regola liquidativa di cui poc'anzi si parlava.

Ben venga, dunque, la nuova Tabella unica, utile a fornire quella risposta unitaria che da quasi vent'anni il legislatore promette (invano) in un ambito, quello delle lesioni di grave entità, che produce intuitivamente gli impatti più severi sulla sostenibilità generale dei sistemi risarcitori della Rca e della sanità.

MENO ACCADEMIA E PIÙ PRATICITÀ

Va subito detto, però, che già all'indomani della sua divulgazione, lo schema di dpr ha incontrato svariate critiche, soprattutto per quel che attiene ai contenuti della tabella delle invalidità, già apertamente contestati soprattutto (ma non solo) da molti autorevoli esponenti della medicina legale. È lecito dunque attendersi che all'esito di questa prima fase di pubblica consultazione (da chiudersi entro il prossimo 29 gennaio) vi saranno ulteriori momenti di approfondimento, che potranno anche condurre a una revisione dei testi sin qui licenziati. L'auspicio, naturalmente, è che non ci si perda, come troppo spesso è avvenuto in passato, nei meandri di discussioni eccessivamente accademiche e che si facciano prevalere, alla fine, le esigenze della ragion pratica. Ci pare comunque che, per quanto la strada possa essere ancora lunga, vi siano più motivi per ritenere che questa volta il percorso intrapreso possa davvero approdare alla meta.

SARÀ LA VOLTA BUONA?

Non ultimo il concreto e serio coinvolgimento dell'Ivass, che ha avuto il merito di curare la costruzione degli elementi attuariali e quantitativi della tabella; un coinvolgimento che dimostra un'attenzione spiccata, e in qualche modo nuova, alle esigenze di corretta calibratura degli interessi sottostanti ai settori della Rc auto e della responsabilità sanitaria; settori in cui l'intervento assicurativo assume una valenza sociale straordinaria, a diretta tutela dei soggetti della cui responsabilità si discorre e, prima ancora, dei terzi danneggiati. Insomma, è fortemente avvertita la sensazione che, dopo un'attesa che ha avuto del surreale, questa volta possa essere *la volta buona*. È per questo motivo che, anche in considerazione della straordinaria importanza socio-economica che il provvedimento potrebbe rivestire, qualora diventasse definitivo, riteniamo sin da ora opportuno passarne in rassegna i contenuti.

LA STRUTTURA DEL DPR

A tal fine, alcune osservazioni preliminari ci consentono di inquadrare meglio l'analisi del testo normativo e degli allegati e mettere nella giusta luce prospettica la nuova valutazione della curva dei risarcimenti proposta con la bozza di dpr in esame.

L'articolo unico, come detto, riferisce (al comma I) che è approvata la Tabella unica nazionale:

a) delle menomazioni all'integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità e le relative note introduttive sui criteri applicativi;

b) del valore pecuniario da attribuire a ogni singolo punto di invalidità, per le menomazioni all'integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità, e le relative note introduttive sui criteri applicativi.

Al decreto si accompagnano le note introduttive e la tabella di valutazione di calcolo, tanto per le menomazioni (allegato I e II riferito a quanto previsto al comma I lettera a), quanto dei valori economici per la macroinvalidità (allegato III riferito a quanto previsto dal comma I, lettera b).

Molto utile il prospetto contenuto al punto 3 dell'allegato III, per comprendere meglio la sequenza di calcolo per raggiungere il valore del risarcimento.

Il comma III dell'art. 1 prevede che gli importi stabiliti nella tabella di cui al I comma, individuati con riferimento ai valori fissati ad aprile 2019, sono aggiornati annualmente con decreto del ministro dello Sviluppo economico, ai sensi dell'articolo 138, comma 5, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, contestualmente all'aggiornamento di cui all'articolo 139, comma 5, del medesimo decreto legislativo, e con decorrenza e riferimento al mese di aprile di ciascun anno.

Il IV comma prevede inoltre che all'aggiornamento e alla modifica della Tavola 2 (Coefficiente di riduzione per l'età), riportata nell'allegato III al regolamento, derivanti da aggiornamenti e modifiche alle tavole di mortalità elaborate dall'Istat e al tasso di rivalutazione pari all'interesse legale, si provvede con decreto del ministro dello Sviluppo economico, sentito l'Ivass.

(continua a pag. 3)



(continua da pag. 2)

Infine, il comma V opportunamente regola la disciplina intertemporale, chiarendo (in piena aderenza al testo dell'art. 1 comma XVIII della legge 124 del 4 agosto 2017) che il decreto si applica ai sinistri e agli eventi verificatisi successivamente alla data della sua entrata in vigore.

MODELLO PIÙ ROMANO CHE MILANESE

Venendo alla tabella che ha certamente il maggior rilievo giuridico, l'allegato III della bozza di dpr introduce i nuovi criteri di determinazione dei coefficienti di moltiplicazione e decremento del punto che compongono il meccanismo di calcolo della nuova Tabella unica nazionale.

Una prima osservazione da fare riguarda proprio la relazione di accompagnamento al testo di dpr che, se da un lato rammenta che le regole di valutazione del danno non patrimoniale devono tenere conto della consolidata giurisprudenza di legittimità ("ciò significa, da un lato una bipartizione del danno non patrimoniale nelle due componenti del danno biologico e del danno morale e, dall'altro, una particolare attenzione alla giurisprudenza di merito del tribunale di Milano"), sul piano reale non pare ispirarsi ai criteri meneghini di costruzione della curva.

Più precisamente lo schema del dpr, pur porgendo tributo al metodo milanese (quanto alle generalissime impostazioni di base), in realtà se ne discosta in modo piuttosto marcato in alcuni fondamentali passaggi (valore del punto economico di base, incremento più che proporzionale del valore del punto, al crescere dell'invalidità, e separata valorizzazione del danno morale tre con fasce di personalizzazione incrementali per ciascun punto d'invalidità).

Esaminata nel complesso, dunque, la Tabella unica nazionale portata dallo schema di dpr si modella, quanto a caratteristiche del suo funzionamento, in termini più prossimi alla tabella romana che a quella milanese.

IL DATO ECONOMICO DI BASE

Il riferimento al metodo milanese si conserva però intatto quanto ai valori espressi dalla (ipotizzata) curva di legge, più vicini, per quel che attiene alla risultante quantitativa, alle liquidazioni ottenute in applicazione dei parametri milanesi.

Risulta invero che, nella costruzione della tabella siano stati presi in considerazione i valori complessivi dei risarcimenti erogati, nelle scorse annualità, nei due settori di applicazio-

ne della tabella (Rc auto e Rc sanitaria). Ciò al fine di fare in modo che i nuovi parametri non conducessero a incongrui aumenti di costo per i due sistemi obbligatoriamente assicurati, rispetto a quanto sostenuto negli esercizi passati in applicazione (prevalente) della tabella milanese.

Ovviamente, stiamo parlando di sviluppi attuariali complessivi. La comparazione puntuale dei valori espressi dalla curva milanese rispetto a quelli proposti dal dpr mostra invece, come meglio diremo tra breve, un andamento sinusoidale.

Fondamentale, in ogni caso, è la scelta che il legislatore delegato ha operato per il cosiddetto "dato economico di base", in quanto il valore prescelto (quello previsto dall'art. 139, comma 1, lettera a), ultimo periodo, del Codice per il primo punto di invalidità all'età zero aggiornato a decorrere dal mese di aprile 2019 a 814,27 euro ai sensi del dm 189 del 13 agosto 2019), è grandemente inferiore a quello adottato a parametro proprio dalla tabella di Milano (1.182,41 euro, poco più del 30% in meno).

Del resto, l'adozione in questa sede di un valore assimilabile a quello base della tabella milanese, avrebbe creato un delta non giustificato rispetto alla fascia di valore del punto 9% di danno biologico, ultima soglia della tabella delle lesioni di non lieve entità di cui all'art. 139, generando un gradino nella valutazione, persino passibile di dubbi di legittimità costituzionale.

A scanso di sterili polemiche va subito osservato che la scelta di prendere a parametro di base un valore di punto inferiore a quello milanese conduce, nel gioco concorrente degli altri criteri di costruzione della curva, a risultati per certi aspetti non difformi da quelli della tabella milanese e persino, per certi gradi di invalidità, più premiali per gli aventi diritto (si pensi, come si vedrà, alle fasce di lesioni più gravi).

IL MECCANISMO DI CALCOLO

Venendo al meccanismo di calcolo dei nuovi valori economici occorre, come detto, partire dal valore base uniforme per tutti gradi di menomazione (814,27 euro) sul quale dovranno/potranno essere applicate tre variabili di conto corrispondenti a tre diversi coefficienti moltiplicatori. L'analisi di questi indicatori è essenziale per comprendere come lo sviluppo empirico della tabella risponda ai canoni programmatici dell'art. 138 del Codice più sopra richiamati. Vediamoli in dettaglio.

Il punto base dovrà essere in un primo passaggio allineato al "coefficiente moltiplicatore biologico del punto" (Tavola 1 dell'allegato III) che correttamente impone un punto variabile in funzione del grado di invalidità, con conseguente incremento del valore economico del punto con incidenza più che proporzionale rispetto all'aumentare dell'invalidità.

Da questo punto di vista appare dunque superata una criticità da sempre sollevata con riguardo allo sviluppo della tabella milanese (si veda la relazione di accompagnamento alla tabella romana del 2018) che apparentemente non rispettava questa curva evolutiva (e, detto per inciso, non era tenuta a rispettarla, trattandosi di tabella nata prima della riforma dell'art. 138 e comunque non concepita per essere "al servizio" del Codice delle assicurazioni).

(continua a pag. 4)



(continua da pag. 3)

Il valore economico così ottenuto andrà prima aumentato dell'aliquota riferibile al danno morale, che il regolamento espone (in maniera del tutto innovativa) in una triplice variabile, di un minimo, medio e massimo, in proporzione incrementale rispetto sempre alla gravità della menomazione stimata (Tavola 1A dell'allegato III) e, successivamente, moltiplicato per il grado di menomazione accertato dal medico legale.

Infine il risultato ottenuto andrà ridotto in ragione dell'applicazione del "coefficiente demoltiplicatore demografico di riduzione per l'età" (Tavola 2 dell'allegato III).

Questa che segue la formula matematica da utilizzare, nella sequenza per altro ripresa nello stesso regolamento al punto 3 ("Esempio di calcolo del risarcimento").

- $814,27 (1) * X (2) = P$ (punto biologico)
- $P * (1+Y (3)) = DNP$ (punto danno non patrimoniale)
- $DNP * IP * Z (4) = DNP$ (valore economico del danno non patrimoniale)

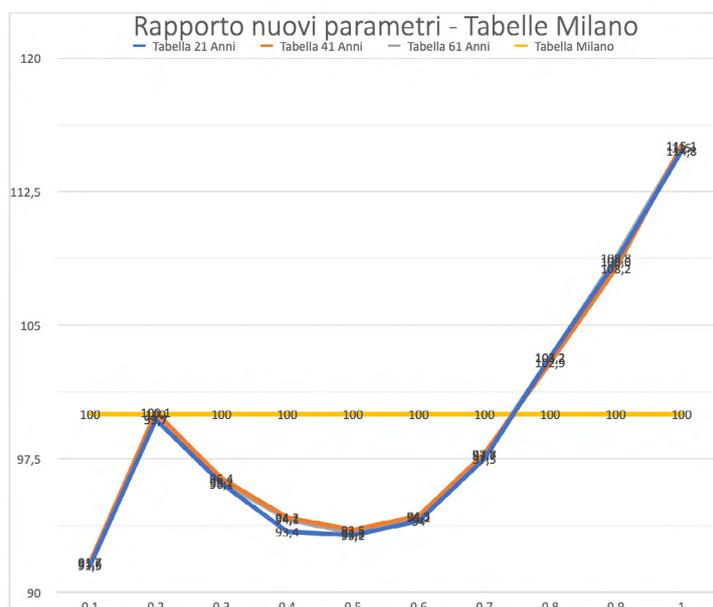
Valore economico iniziale

Coefficiente moltiplicatore biologico del punto (Tavola 1 allegata al dpr)

Coefficiente moltiplicatore per danno morale in relazione alla invalidità accertata (IP) (Tavola 1A allegata al dpr)

Coefficiente moltiplicatore di riduzione per età (Tavola 2 allegata al dpr).

Si rende a questo punto necessario un parametro di raffronto tra lo sviluppo pratico del meccanismo ministeriale proposto e la tabella del tribunale di Milano, ancora oggi parametro di riferimento nazionale per la gran parte dei distretti giudiziari. La curva che si propone in questo grafico si com-



pone di tre esempi base per lesione e per età (21, 41 e 61 anni), adottando il coefficiente medio del danno morale proposto dal decreto (Tavola 1A), che dà risultati assolutamente omogenei nello sviluppo. Il raffronto viene fatto con la linea riferibile al valore tabella di Milano che rappresenta il 100% di adesione o conformità alla tabella stessa. Ogni altro valore ottenuto sulla base dello schema allegato al dpr va in oscillazione rispetto a questa parità al di sotto quindi del valore milanese ovvero (oltre una certa soglia di lesione e d'invalidità permanente) costantemente al di sopra.

CONSEGUENZE PRATICHE

Le conseguenze pratiche di questa nostra preliminare osservazione e a un primo rapido esame, sono le seguenti:

- Dal 13% al 25% circa di postumi permanenti a titolo di danno biologico il valore economico della Tabella Unica, solamente con il danno morale calcolato sui massimi, supera il valore punto del danno non patrimoniale di Milano (altrimenti è inferiore);
- tra il 30 ed il 75% circa di postumi permanenti a titolo di danno biologico il valore economico della Tabella Unica, anche con il danno morale calcolato sui massimi, rimane inferiore al valore punto del danno non patrimoniale di Milano;
- dalla soglia del 70% circa di postumi permanenti il valore economico della Tabella unica riprende a salire ed a partire dal 75% supera la quota di pareggio compensando quindi meglio della tabella milanese;
- al punto che oltre l'85% di postumi permanenti a titolo di danno biologico, anche con il danno morale calcolato sui minimi, si arriva a dei valori superiori al valore punto standard del danno non patrimoniale di Milano.

In buona sostanza, la curva di crescita del valore economico (che ricordiamo l'art. 138 del Codice delle assicurazioni prevede che sia "più che proporzionale rispetto all'aumento percentuale assegnato ai postumi") parte più bassa rispetto a Milano (del resto il valore base è quello previsto dalla tabella di cui all'art. 139 del Codice), sale fino a raggiungerla, per poi abbassarsi e risalire nuovamente fino a superarla per le lesioni di entità molto rilevante.

Va in ogni caso ribadito che nel loro complesso, secondo quanto ci dice il ministero, "i valori liquidati secondo le tabelle milanesi appaiono poco più alti di quelli regolamentari", sulla base di simulazioni che, a parità di casistiche e frequenze, dimostrerebbero un tenue superamento dell'ammontare globale delle liquidazioni effettuate in passato con la risultante dell'applicazione, alle medesime casistiche, della nuova tabella. Resta esclusa dalla nostra analisi, e dallo sviluppo regolamentare dello stesso decreto, la personalizzazione del danno che lo stesso decreto e la tabella milanese relegano a separato contesto e imputazione: per la tabella ministeriale si dovrà applicare il III comma dell'art. 138 (con la soglia massima del 30%), mentre la tabella milanese adotta un indice variabile decrescente con il crescere della lesione (con il minimo assoluto del 25% per le menomazioni oltre il 33%).

(continua a pag. 5)



(continua da pag. 4)

È noto peraltro l'orientamento della giurisprudenza di legittimità che delimita il campo di riconoscibilità della cosiddetta "Personalizzazione" ai soli casi e "in presenza di conseguenze dannose del tutto anomale ed affatto peculiari" (si vedano, a titolo esemplificativo, le già citate Cass. 7513, 20795 e 23469 del 2018, nonché la n. 11754 del 2018, la n.28988 del 2019 e la n. 25164 del 2020).

Il che ci consente di esprimere qualche dubbio sulla correttezza di quanto sostenuto nella relazione illustrativa ministeriale circa il fatto che "l'apparente distanza, invece, dei risarcimenti prodotti dal modello regolamentare (più bassi) rispetto al liquidato totale del mercato verrebbe potenzialmente colmato dalla personalizzazione del giudice (nel valore massimo del 30%, ai sensi dell'art.138 del Cap, comma 3)". E invero la maggiore percentuale di personalizzazione rispetto a Milano è e rimane del tutto eventuale, stante la sostanziale eccezionalità dei suoi presupposti e della discrezionalità del Giudice nello stabilirne la misura.

UN'ATTESA FIN TROPPO LUNGA

La Tabella unica nazionale avrebbe dovuto essere adottata sin dal lontano 2005: il fatto che a tutt'oggi si navighi a vista e che nessun organo legislativo abbia trovato la forza per darle vita costituisce segno di dubbia civiltà giuridica. Di qui, ovvio, scaturisce l'apprezzamento, vivo, per lo sforzo compiuto nel dar fiato a un provvedimento che oggi pare indispensabile per conferire certezza di regola anche nel settore della responsabilità sanitaria. Riteniamo dunque opportuno rimarcare maggiormente i meriti, piuttosto che le critiche, di questo recente slancio normativo, nell'auspicio che la Tabella unica, da troppo tempo invocata, veda davvero la luce. Detto questo, alcuni aspetti del nuovo lavoro richiedono accurate riflessioni.

Partendo dalla Tabella dei valori pecuniari, osserviamo anzitutto come la stessa non dia, probabilmente, risposte omogenee nei due settori d'interesse: la frequenza e la casistica propria dei danni da responsabilità sanitaria, unitamente alla struttura dei relativi contratti assicurativi (sovente gravati da importanti livelli di Sir) sembrano condurre a impatti della Tabella diversi (e più pesanti) rispetto a quelli attesi nel settore della Rc auto. Ciò per il fatto che proprio in sanità l'incidenza delle lesioni più gravi pare maggiore.

Va poi osservato come lo schema di dpr non tratti danni importanti, quali quello da perdita o compromissione del rapporto parentale (eccezion fatta, per le componenti di danno psichico correlate a quel tipo di danno). Per tali vicende dovrebbero rimaner fermi i riferimenti tabellari milanesi. Il problema, evidentemente, sta a monte, ossia nella norma primaria (l'art. 138) che non contempla criteri di quantificazione per i danni parentali. Altro tema riguarda il valore delle invalidità temporanee, rispetto alle quali il sistema combinato disegnato dagli artt. 138 e 139 sembra consentire l'applicazione del valore di cui all'art. 1 comma b dell'art. 139.

IL GRANDE LAVORO SUL DANNO MORALE

Di grande interesse la novità afferente al danno morale, in relazione al quale la previsione di tre moltiplicatori (mini-

mo, medio e massimo) è stata da molti letta come fonte di complicazione operativa, potenzialmente insidiosa in quanto idonea a introdurre elementi di discussione e conflitto tali da complicare il buon (e celere) esito delle trattative. Si è anche detto che tale scelta tripartita non sia in linea con la previsione di legge, che autorizzerebbe un aumento percentuale e progressivo in quota fissa, per ciascun punto crescente d'invalidità. In realtà il metodo seguito dallo schema di dpr non pare affatto violare l'art. 138, che alla lettera e del comma 2 prevede che il danno morale sia aggiunto "individuando la percentuale di aumento di tali valori per la personalizzazione complessiva della liquidazione". Il che ben giustifica la previsione di un delta entro il quale attingere il valore più calzante al caso di specie. Al contrario, il metodo dei tre moltiplicatori, in luogo di una sola forbice più ampia, forse facilita l'esercizio piuttosto che lasciare totale libertà di scelta al giudice.

Rimane il fatto che il danno morale deve essere rigorosamente allegato e provato, sia pur attraverso il ricorso a metodi presuntivi. Ragion per la quale l'applicazione del coefficiente minimo non può essere (fra)intesa alla stregua di un minimo comunque garantito, bensì come la misura minima di riconoscimento del danno morale a fronte di una (comunque necessaria) allegazione e prova che potremmo definire generica e non qualificata. Per ottenere di più il danneggiante dovrebbe assolvere oneri probatori conseguenti, e dimostrare di aver patito sofferenze morali serie o serissime.

Se tal ragionamento è esatto, sorge qualche dubbio sulla correttezza dell'esempio portato nell'allegato 3 allo schema di tabella, in cui si simula il computo di un danno pari al 50% subito da un soggetto di 35 anni di età. In tale esempio, il morale è assunto come "medio", quasi si trattasse di un moltiplicatore applicabile di default in assenza di prova contraria. Riteniamo che una tale opzione interpretativa, se davvero immaginata nello schema di dpr, non possa essere condivisa, pena una inaccettabile inversione degli ordinari oneri probatori.

RISCHIO SOVRAPPOSIZIONE CON IL DANNO PSICHICO

Ancora si osserva che, sempre facendo riferimento a tale esempio, l'addizionale morale, a differenza di quanto stabilito nell'art 138 del Cap, è computata prima dell'applicazione del demoltiplicatore previsto in funzione dell'età del soggetto. Il che rischia, un poco irrazionalmente, di valorizzare le sofferenze patite dagli anziani in modo inferiore rispetto a quelle provate dalle vittime più giovani.

E da ultimo, sempre sul danno morale (al netto delle difficoltà di individuarne tassonomicamente la consistenza e la natura...), si pone un delicatissimo problema di incrocio con la sempre crescente attenzione riservata al danno psichico.

Il rischio è quello di duplicare poste risarcitorie, giocando sulla difficile distinguibilità, in concreto, di talune sofferenze da determinate psicopatologie da stress. Quando il dolore provato in relazione alla propria grave menomazione si sovrappone (e non assorbe, invece) una data sofferenza morale? E quando, d'altra parte, quest'ultima non assume intensità tali da integrare un vero e proprio danno psichico.

(continua a pag. 6)

(continua da pag. 5)

Sono queste alcune delle insidie che il brusco superamento della teoria unitaria del danno non patrimoniale (baluardo delle celebri sentenze di San Martino del 2008) reca con sé, nella difficoltà di separare e, dunque non duplicare, compromissioni e dolori che attengono, sia pur in modo astrattamente diverso, alla sfera della sensibilità emotiva ed alla sua patologia.

SUL DANNO PSICHICO LE CRITICHE PIÙ SEVERE

Il tema del danno psichico ci conduce, da ultimo, all'esame della tabella che, sin qui, ha raccolto le prime e più severe critiche. Quella delle menomazioni all'integrità psico-fisica comprese tra 10 e 100 punti. I prodromi di tale elaborazione vanno ricercati molti indietro nel tempo.

Era addirittura (ce lo ricorda G. Mastroberto in *Commento allo schema di dpr recante la tabella delle menomazioni alla integrità*, scritto reperibile su sito Simla) il 26 maggio 2004, quando il ministro della Salute, dando seguito a ciò che aveva previsto l'art. 23 della legge 273 del 2002, confermò la precedente commissione, (che già aveva elaborato la tabella delle micro permanenti sulla scorta di quanto previsto dall'art. 139 del Codice delle assicurazioni) implementandola con altri tecnici di altre associazioni (associazione vittime della strada, società di consumatori, sindacato specialisti in medicina legale e delle assicurazioni), dandole mandato di predisporre anche una tabella delle menomazioni comprese fra 10 e 100 punti di danno permanente biologico.

PERPLESSITÀ SUL METODO SCIENTIFICO

Proprio la medicina legale sta avanzando alcune perplessità sullo schema recante la tabella delle menomazioni elaborato nella bozza di dpr circa il metodo scientifico adottato con la tabella divulgata, auspicando già una revisione su alcuni passaggi particolarmente critici e un ampliamento della stessa commissione ad una collegialità che pare mancata nella circostanza.

In particolare, proprio per quanto riguarda i valori e i contenuti della *tabella delle menomazioni*, lasciamo ovviamente alla medicina legale formulare le debite osservazioni e quindi ai prossimi approfondimenti che non mancheranno, in aggiunta a quelli già segnalati in questa sede.

Come anticipato, ampio spazio è dedicato proprio alle cosiddette menomazioni psichiche (con il coinvolgimento di figure, come lo psichiatra o psicologo che andranno ad affiancare lo specialista in medicina legale nella valutazione delle psicopatologie), che le indicazioni fornite in tema di *danno differenziale* per le menomazioni concorrenti, che non sembrano aver tenuto conto delle recenti indicazioni della Suprema Corte (vedi Cass. 11 novembre 2019 n. 28986).

Sono stati, poi, già segnalati alcuni aspetti critici e per così dire distonici rispetto alla stessa scienza medico legale di riferimento, a proposito della scelta apparentemente adottata per la valutazione delle menomazioni preesistenti e per la valutazione delle menomazioni che si basano su un impianto che risponde a "criteri e metodologie valutative oramai superate".

Infine, si segnala un difuso e ingiustificato (prima di tutto sul piano scientifico) accrescimento di alcuni indici di valutazione delle menomazioni e "in via più estesa l'inserimento nei distretti delle voci tabellari recanti (sopra) valutazione degli outcome funzionali delle endoprotesi".

Non entreremo, ulteriormente, nel merito delle altre severe considerazioni critiche, di metodo e di merito, che la dottrina medico legale sta facendo proprie, per contestare la Tabella in oggetto. Confidiamo, comunque, che tali voci non restino inascoltate e consentano, in tempi però rapidi e senza perdere l'abbrivio di questa insperata ripartenza, l'adozione di tabelle aggiornate e al passo coi tempi.

È COMUNQUE UN ENORME PASSO IN AVANTI

È comunque evidente che, nel gioco della comparazione valutativa degli effetti del dpr in relazione alle precedenti esperienze liquidative di settore, non sarà sufficiente occuparsi della pur centrale tabella dei valori economici: la modifica delle coordinate medico legale attorno alle quali attribuire a ciascuna menomazione un dato punteggio potrebbe vulnerare quell'equilibrio quantitativo complessivo che l'art. 138 così come lo schema tabellare, intende invece presidiare.

In definitiva, la Tabella unica nazionale costituirà un passo in avanti di enorme rilevanza (sia per gli aspetti giuridici ma anche e soprattutto economici) nel riassetto del sistema risarcitorio del danno alla persona. Lo schema oggi in consultazione attesta sin d'ora la volontà del legislatore esecutivo di ossequiare, finalmente, la propria delega. I temi da affrontare rimangono ancora numerosi e stimolanti. Ma mai si dovrebbe perdere di vista l'esigenza ormai indifferibile di risolvere il baco di un sistema risarcitorio che, pur nevralgico, è rimasto incompiuto da quasi vent'anni.



Maurizio Hazan



Filippo Martini



Marco Rodolfi

**Maurizio Hazan,
Filippo Martini
e Marco Rodolfi**

NORMATIVA

Melchiorre Gioia: tabelle tardive e inutili

La presentazione da parte del Mise dello schema unico per le tabelle di risarcimenti delle macrolesioni (da 10 e 100 punti) riserva delle novità sui criteri d'attribuzione; ma il dubbio principale riguarda una modalità di valutazione che pare non considerare l'evoluzione intercorsa nel frattempo delle conoscenze sanitarie e delle tecnologie

I barèmes nella pratica medico legale nascono dall'esigenza di uscire dall'anarchia valutativa e dall'individualismo professionale per rifarsi alle indicazioni elaborate sia dai gruppi di ricerca che dalle associazioni scientifiche. A tutti gli effetti possiamo equiparare i barèmes non obbligatori all'evoluzione che ha avuto negli ultimi decenni lo sviluppo delle Linee Guida in tutte le branche della medicina.

La definizione più nota di Linee Guida è quella formulata dall'**Institute of Medicine of the National Academies** nel 1992, che le definisce come "raccomandazioni sviluppate in modo sistematico per assistere medici e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche". Esse si caratterizzano per il processo sistematico di elaborazione e devono assistere al momento della decisione clinica ed essere di ausilio alla pratica professionale come risultato di un preciso percorso sistematico di analisi dei processi clinici, orientato alla definizione della *best practice*.

Per analogia, i barèmes assistono, indirizzano il medico valutatore verso la *best practice* medico legale, conferendo alla valutazione espressa la certezza di un punto di riferimento obiettivamente verificabile e condivisibile. È vero che nei barèmes non obbligatori talvolta per la stessa menomazione non è indicato lo stesso numero, potendo essere possibili dei lievi discostamenti, ma è pur vero che il buon professionista, come per le linee guida, non utilizza le tabelle come ricette di cucina ma le applica con senso critico alla realtà del danno. Se il medico si discosta dalla valutazione indicata nel suo barème di riferimento saprà illustrare motivatamente il ragionamento logico-pratico seguito e il perché della sua conclusione.

Ricordiamo l'ammonimento riportato nell'introduzione di uno dei barèmes italiani più usati¹: "Converrà ancora aggiungere che la presente Guida non si pone certo come obiettivo di risolvere per sé ogni caso concreto, né di sostituirsi al medico valutatore, il quale, solo se è in grado di rendersi conto della peculiarità ad esso attinenti e, pertanto, in grado di plasmare con l'intelligente uso dei dati oggi a sua disposizione la valutazione relativa, se conosce i criteri che la governano, criteri che si devono anche attingere in opere ben più complete per estensione e profondità e delle quali si forniranno le opportune indicazioni bibliografiche. La Guida vuole solo essere un comodo strumento di orientamento e di rapida consultazione per tutti coloro che operano nel settore".

Se nonostante questa forte indicazione risalente a quasi



quaranta anni fa nei settori sensibili, quali l'infortunistica del lavoro prima e della responsabilità civile auto, è stato sentito il bisogno di ricorrere a barèmes obbligatori, blindati da obblighi legislativi, evidentemente si è ritenuto che non sempre le scelte valutative degli esperti rispondono a criteri di equità e di giustizia.

L'uniformità di giudizio a danno della personalizzazione

Dobbiamo rilevare che in passato si arrivava alla specializzazione in medicina legale dopo lunghe esperienze cliniche nelle corsie degli ospedali o dopo aver esercitato la pratica medica sul territorio; i medici legali avevano acquisito una buona competenza nell'utilizzo della semeiotica (dal greco *σημεῖον*, *semèion*, "segno", e da *τέχνη*, "arte") con capacità di ascolto del paziente e raccolta di anamnesi attente e complete, con competenza nell'espletamento dell'esame obiettivo e in grado di cogliere le piccole differenze funzionali.

Nel tempo i percorsi specialistici sono divenuti più rigidi e settoriali e spesso il medico in formazione non ha la possibilità di integrare la crescita culturale con un'adeguata formazione clinica e questo successivamente si sconta nel momento della visita e della quantificazione del danno; una valutazione "assistita" da un barème obbligatorio aiuta, quindi, a risolvere il problema riducendo i margini di differenza in un contesto predefinito che porta forzatamente all'uniformità di giudizio.

(continua a pag. 8)

(continua da pag. 7)

Se ciò da una parte rappresenta un vantaggio, dall'altra viene meno il principio della personalizzazione del danno, con la conclusione che, sia dal punto di vista medico che economico, il sistema è sempre più indennitario e sempre meno risarcitorio anche per i danni più rilevanti.

Il ricorso ai barèmes obbligatori appare come una resa all'incapacità di gestire con competenza ed equità ogni singolo caso rischiando di mortificare l'essere umano in un contesto condizionato da valori economici standardizzati.

Non è un caso che i barèmes obbligatori siano limitati ai paesi del Sud Europa, meno disciplinati dal punto di vista comportamentale e dove spesso prevale l'individualismo, mentre quelli del Nord usano sistemi di valutazione clinico-statistica senza ricorso a visite fiscali di controllo. L'obiettivo dovrebbe essere quello di poter invertire questa tendenza non solo conservando ma anche sviluppando quel patrimonio di scienza e di umanità che da sempre ha caratterizzato la nostra cultura.

Barème obbligatori in Europa

ITALIA - Tabelle di Legge

Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali-Presidenza della Repubblica decreto 30 giugno 1965, n. 1124 - G.U. n. 257 del 13 ottobre 1965 - Suppl. ord.

Tabella delle Menomazioni **Inail**, dl 23 febbraio 2000 n. 38

Tabella delle Menomazioni Rca 1-9% di cui al dm 3 luglio 2003.

La Tabella delle Menomazioni Rca 10-100%, lavori della Commissione ex dm 26 Maggio 2004, decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209

SPAGNA

Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

PORTOGALLO

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Decreto-Lei n.º 352/2007 de 23 de Outubro (Portogallo)



L'attuale struttura delle tabelle da 10 a 100

Dopo la pubblicazione con il dm del 3 luglio 2003 della *Tabella delle menomazioni all'integrità psicofisica compresa tra 1 e 9 punti di invalidità*, con dm del 26 maggio 2004 fu istituita una commissione di esperti medici legali per l'elaborazione di una tabella che ricompredesse le menomazioni da 10 a 100 punti di invalidità al fine di avere un'unica e armonica tabella nazionale.

Dopo circa un anno i lavori furono completati positivamente in linea con la cultura medico legale dell'epoca e con l'impostazione scientifica dei barèmes non obbligatori² più usati nella pratica corrente. La tabella comprendeva 158 voci di tutti gli apparati e organi di cui 51 con numero unico di valutazione, 107 voci con fasce valutative oscillanti da intervalli di due punti fino ad arrivare a "forchette" di 40 punti. Variabili come l'età erano considerate nelle voci tabellari solo in otto casi, mentre il genere solo per le quattro voci dell'apparato genitale maschile e femminile.

La tabella proposta adesso dal **Mise** conserva integralmente il precedente impianto e le relative voci tabellari ed è stata implementata di ulteriori 86 valutazioni per un totale di 244 voci, con forte l'implementazione dal danno psichico e del danno visivo. Le voci aggiunte sono per lo più riprese da altri barèmes e non di rado con valutazioni maggiorate di qualche punto.

Manca la considerazione di una disciplina che si è sviluppata negli anni

Ma, al di là di questo lodevole sforzo, emergono molte criticità che pongono il ragionevole dubbio sulla necessità, oggi, di un barème obbligatorio.

I 17 anni trascorsi dalla stesura delle tabelle originali hanno visto un profondo cambiamento della medicina con lo sviluppo di tecniche chirurgiche e protesiche che hanno modificato profondamente non solo le modalità operative, rendendole meno invasive e dannose per il paziente, ma soprattutto portando a risultati migliorativi di gran lunga superiori a quanto atteso venti anni fa, con conseguente riduzione del tasso di invalidità a parità di lesioni.

(continua a pag. 8)



(continua da pag. 7)

Inoltre, un sistema rigido per norme obbligatorie e vincolanti se da un lato risponde alla necessità di una maggiore uniformità valutativa dall'altro non risponde alle esigenze dell'attuale società più complessa e sofisticata rispetto al passato, dove hanno assunto enorme rilievo tipologie di danni come quello psichico (si pensi al ponte Morandi, al danno riflesso), e dove fattori individuali possono incidere profondamente in termini di guarigione sull'esito finale della lesione.

Da tener presente anche che, soprattutto per i danni medio-gravi, raramente trattasi di mono lesioni ma di danni plurimi per cui la valutazione complessiva attiene alla competenza del medico legale, che valuta sulla base nella propria esperienza ma anche dei valori di riferimento tabellari. Se le valutazioni di riferimento non sono, come riteniamo, appropriate, è prevedibile un aumento delle valutazioni medie.

In conclusione, quando si forniscono percentuali fisse relative a postumi permanenti non si potrà mai prevedere l'infinita gamma di possibilità degli esiti e un valore percentuale tabellato non sarà mai adeguato a tener conto delle suscettibili variazioni, in più o in meno, del caso per caso e nel contesto prospettato non vi sarà maggiore equità valutativa.

Presente e futuro: orizzonti più ampi

Negli ultimi anni, e con forte accelerazione nel corso del 2020 a causa della pandemia, si sta sviluppando la digitalizzazione nel mondo assicurativo (insurtech) con semplificazione dell'attività lavorativa e un sostanziale snellimento delle procedure operative. In particolare, la diffusione dell'uso dei dispositivi digitali consente un ruolo proattivo del comune cittadino anche in contesti che in passato sarebbero stati riservati alle competenze professionali. Si pensi allo sviluppo dei comparatori, che consentono di fare una scelta razionale e logica nell'acquisto di un prodotto assicurativo; alla responsabilizzazione dell'assicurato che in caso di soli danni materiali all'auto può, d'intesa con il carrozziere, con il semplice uso dello smartphone rendere inutile l'intervento del perito.

Parimenti, nel settore medico legale sono maturi i tempi per un graduale superamento dell'attuale metodologia va-



lutativa basata sui barèmes vigenti, con l'utilizzo di sistemi digitali e dell'Intelligenza Artificiale che consentano una valutazione basata su criteri ritenuti imparziali e attendibili, in quanto frutto di sistemica analisi dei dati clinici, e considerazioni della specificità del soggetto che permettano di evitare scelte discrezionali, come avviene oggi, in assenza di un sistema funzionale fondato sulla obiettività e scientificità dei criteri di valutazione.

Inoltre, un sistema dinamico di valutazione fondato sull'aggiornamento costante delle conoscenze cliniche consente una permanente taratura delle valutazioni in funzione dell'obiettività scientifica; flessibilità che i barèmes tradizionali e ancor meno una tabella obbligatoria non solo non hanno ma vincolerebbero l'intero sistema a un immobilismo valutativo destinato a durare per molti anni, scollandosi dalla realtà medico sociale che è in continua evoluzione.

Auspicabile l'utilizzo della tecnologia

Quindi, se l'utilizzo delle indicazioni percentuali di menomazioni dell'integrità psicofisica è tuttora inevitabile è altrettanto vero che il mero numero dovrà essere l'estrema sintesi di una vastità di dati che tengono conto di conoscenze cliniche e statistiche provenienti da banche dati scientifiche di rilievo internazionale, banche dati istituzionali come Inps e Inail, big data di strutture sanitarie pubbliche e private coinvolte nell'assistenza dei danneggiati e degli ammalati.

Un sistema digitale darà la possibilità di contemperare a due necessità altrettanto fondamentali: quella di tener conto delle diverse competenze specialistiche derivanti dalla complessità della valutazione di menomazioni coinvolgenti le più varie funzioni dell'organismo umano e quella di salvaguardare l'uniformità e la coerenza dei criteri di valutazione nel contesto socio economico di riferimento; un sistema di valutazione flessibile porterà a una semplificazione delle procedure valutative e a una riduzione dei tempi senza penalizzarne la qualità e l'attendibilità e porterà alla stima dei pregiudizi alla persona con un metodo scientifico e verificabile e non più con una procedura alimentata dalla confluenza di osservazioni e di apprezzamenti empirici seppure orientati da una guida obbligatoria.

(continua a pag. 10)



(continua da pag. 09)

Conclusioni

La proposta di pubblicazione delle tabelle di cui al decreto legislativo del 7 settembre 2005 N. 209, arriva tardi e male.

Seppur rivisitate con un'implementazione delle voci l'impianto del barème di legge è lo stesso di 20 anni fa e basato su criteri e metodologie valutative ormai superate.

Le tabelle elaborate dalla commissione del ministero della Salute nel 2004 sin da subito sono entrate nell'uso comune da parte dei medici legali in quanto corrispondenti ai criteri valutativi dell'epoca, frutto di dibattito nei convegni e seminari scientifici, pubblicate in numerosi testi relativi alla valutazione del danno alla persona³.

Oggi queste risultano inadeguate, ma non essendo obbligatorie consentono comunque al medico legale competente ed esperto di fornire valutazioni in linea con la realtà del caso concreto andando, quando possibile, anche al di sotto o al di sopra del valore proposto dal barème ritenuto giustamente di riferimento. Un esempio per tutti può essere quello dell'amputazione degli arti; le tabelle (vecchie 2004 e nuove 2020) assegnano punteggi molto alti di invalidità, compresi nel range fra i 50 e i 70 punti percentuali; tali valori corrispondono a una realtà ormai ampiamente superata in quanto le protesi elettroniche, divenute di uso corrente, permettono, a fronte di costi elevati, di svolgere una vita pressoché normale con un sostanziale recupero delle abilità fisiche da cui dovrebbe derivare un abbattimento del tasso di invalidità che può essere portato nella fascia del 30-40%, come peraltro previsto da un altro barème di legge⁴. Se avremo un barème di legge con le valutazioni proposte è matematicamente certo che il settore assicurativo dovrà sostenere i costi protesici senza il beneficio di un abbattimento del tasso di invalidità e a poco varrà la nota esplicativa prevista nello schema del dpr attuale là dove afferma che "in ogni caso, nelle prospettive di interventi protesici, la valutazione del danno terrà conto dei risultati migliorativi abitualmente conseguibili per tale via". È una previsione generica che difficilmente troverà applicazione concreta.

Tenuto conto che i costi del risarcimento delle invalidità nella fascia 9-100% sono rilevanti e incidono per svariati miliardi (4,8 miliardi, dato Ania 2015) il barème di legge molto probabilmente porterà a un aumento degli esborsi da sostene-

re senza un reale vantaggio dal punto di vista valutativo.

Per contro, la prospettiva a breve di avere sistemi di valutazione digitale, più affidabili nel contenuto scientifico perché frutto dell'analisi completa di tutti i dati clinici a disposizione, flessibili, adattabili al caso concreto, non solo garantiranno una valutazione attendibile e con il progressivo uso dell'Intelli-



Giovanni Cannavò

genza Artificiale porteranno anche a tarare in maniera equa ogni singola valutazione; in più si favorirà l'auspicato allineamento della medicina legale (paurosamente indietro) ai cambiamenti tecnologici scientifici realizzatisi nell'ultimo ventennio nella medicina clinica e in continua evoluzione.

In sintesi, essendo di fronte a un rimpasto di valutazioni vetuste e obsolete con implementazioni di voci da altri barèmes non obbligatori da cui in concreto, rispetto al presente, non deriverà nessun beneficio per nessuna delle parti in causa, è preferibile lo status quo piuttosto che ingessarsi in un contesto che difficilmente potrà essere cambiato per molti anni.

In alternativa, tenuto conto che per 18 anni, nonostante le ripetute sollecitazioni, non si è ravvisata la necessità di avere una tabella omogenea dall'1 al 100%, sarebbe più utile che i Ministeri competenti proponessero la composizione di una nuova commissione di esperti indicati dalle parti che elabori un nuovo barème che quanto meno tenga conto dell'evoluzioni scientifiche e cliniche della medicina rispetto a venti anni fa.

Giovanni Cannavò,

presidente della Società Scientifica Melchiorre Gioia

1. Guida Orientativa alla Valutazione Medico Legale dell'Invalidità Permanente Ranieri Luvoni-Lodovico Bernardi, Giuffrè editore - 2002.
2. - Guida alla valutazione medico legale del danno biologico e dell'invalidità permanente - Raineri Luvoni, Franco Mangili, Lodovico Bernardi - Giuffrè editore 2002;
- Guida orientativa per la valutazione del danno biologico - Marino Bargagna, Marcello Canale Francesco Consigliere, Luigi Palmieri, Giancarlo Umani Ronchi - Giuffrè editore 2001.
3. La valutazione medico - legale del danno biologico in responsabilità civile - Palmieri, Umani Ronchi, Bolino, Fedeli - Edizioni Giuffrè 2006
4. Tabella delle Menomazioni Inail, dl 23 febbraio 2000 N. 38



Per appendice e tabelle vedi pag. 11



APPENDICE

ESAME COMPARATIVO TRA TABELLA 2004 E ATTUALE

Nel merito delle tabelle, a fronte dell'ampliamento del numero di voci, si registra un appesantimento ingiustificato di talune voci tabellari come quelle della spalla e in via più estesa l'inserimento nei distretti delle voci tabellari recanti la (sopra)valutazione degli outcome funzionali delle endoprotesi.

Ingiustificato appare l'incremento della valorizzazione delle voci tabellari della spalla rispetto a quanto riportato nelle precedenti tabelle 2004. I progressi dei sistemi di integrazione uomo – macchina, pur nell'ambito di un ragionamento strutturato sulla disfunzionalità delle menomazioni nelle attività quotidiane dell'uomo, non possono giustificare l'appesantimento di voci tabellari che in ogni caso, si rifanno a barèmes che nascevano nel contesto di un mondo manuale.

Non di meno, ingiustificato appare l'appesantimento, oltre la comune pratica Medico Legale, delle nuove voci tabellari introdotte per valorizzare la funzionalità delle endoprotesi a tutti i livelli, in tutti i distretti. Il semplice confronto delle voci di funzionalità delle endoprotesi e quelle della normale lesione anatomica non protesizzata pone in risalto una tendenza delle tabelle alla disarmonia di valutazione.

Disarmonia di valutazione che nel seguito della lettura delle tabelle risalta nel campo degli organi e dei sistemi viscerali, dove una stenosi esofagea, acquisirà facilmente la valutazione riservata in altri tempi e in altri luoghi a un soggetto tetraparetico grave o paraplegico.

| | N. VOCI TABELLE 2004 | N. VOCI TABELLE 2020 |
|--|----------------------|----------------------|
| SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO – APPARATO PSICHICO | 31 | 70 |

Apprezzabile risulta lo sforzo di classificazione posto in essere circa le lesioni degli organi del capo e delle strutture del capo. Perplexità si sollevano circa la possibilità di differenziare i disturbi neurocognitivi sulla base di aggettivi in moderato/ grave/gravissimo allorquando tale distinzione "semantica" non trova una corrispondenza "perfetta" tra i test diagnostici. In merito ai disturbi psichici, questi vengono mutuati nella tassonomia e nelle valutazioni dalla Guida Simla. Si riscontra una maggiore categorizzazione rispetto al passato, una maggiore suddivisione nei vari disturbi, a tutto vantaggio di una maggiore specificità.

| | | |
|-----------------|---|----|
| APPARATO VISIVO | 4 | 20 |
|-----------------|---|----|

L'ampliamento delle voci in tale settore pare giustificato anche dalla doppia finalità delle nuove tabelle il cui utilizzo è stato adesso ampliato nel campo della responsabilità sanitaria. Valutazioni aumentate anche se raffrontate alle tabelle Inail.

| | | |
|--------------------------|---|---|
| APPARATO OTO VESTIBOLARE | 5 | 5 |
|--------------------------|---|---|

Invariato.

| | | |
|-----------------------|---|---|
| APPARATO MASTICATORIO | 3 | 6 |
|-----------------------|---|---|

Introdotte nuove voci riguardanti la perdita di tutti i denti e di osso alveolare (arcata superiore e inferiore – solo arcata superiore – solo arcata inferiore) a tutto favore dell'aumento di dettaglio e di una maggiore esattezza del giudizio.

(continua a pag.11)



(continua da pag.10)

| | N. VOCI TABELLE 2004 | N. VOCI TABELLE 2020 |
|----------------|----------------------|----------------------|
| ARTO SUPERIORE | 9 | 9 |

In merito agli arti superiori, pur evidenziandosi la conferma delle voci tabellari di quanto già prodotto in esito ai lavori del 2005, si evidenzia che le voci nuove penalizzano le possibilità introdotte dalla recente innovazione tecnologica protesica. Si pensi al bi-amputato di arti superiori, che nelle nuove previsioni tabellari in relazione alla adattabilità e alla efficacia della protesi non può avere un danno biologico permanente inferiore al 75%. Identica criticità si riscontra per l'amputazione dell'arto superiore (monolato).

| | | |
|--------|---|---|
| SPALLA | 4 | 8 |
|--------|---|---|

Introdotta la voce di funzionalità con protesi, sulla cui valutazione non si è d'accordo, verificandosi una pesante sopravvalutazione al di fuori della "norma" medico legale dei menomati portatori di endoprotesi. Si evidenzia un incremento dei valori percentuali in dominante e non dominante per ciascuna voce. Tale incremento, a nostro avviso, anche in ragione del sopravvenuto mutamento delle attività quotidiane dei soggetti cui tali tabelle si riferiscono, non può trovare una giustificazione.

| | | |
|--------|---|---|
| GOMITO | 5 | 5 |
|--------|---|---|

Invariato.

| | | |
|-------|---|---|
| POLSO | 3 | 3 |
|-------|---|---|

Invariato.

| | | |
|------|---|---|
| MANO | 5 | 5 |
|------|---|---|

Invariato.

| | | |
|----------------|---|---|
| ARTO INFERIORE | 2 | 5 |
|----------------|---|---|

Invariato, valori identici. Anche in tale distretto anatomico, vale quanto già affermato per gli arti superiori. Le crescenti efficienze del sistema protesico/orteseo garantiscono autonomie quotidiane sempre crescenti a favore di una disfunzionalità che pare meno marcata rispetto al passato.

(continua a pag.12)



(continua da pag.11)

| | N. VOCI TABELLE 2004 | N. VOCI TABELLE 2020 |
|--|----------------------|----------------------|
| ANCA | 2 | 5 |
| Inserite voci sul funzionamento dell'anca protesizzata. Lodevole ed apprezzabile rispetto al passato risulta lo sforzo del legislatore di aumentare le possibilità del lesso protesizzato d'anca. Dovendosi segnalare però il paradosso, almeno dal punto di vista medico legale, che il soggetto affetto da anchilosi di anca, vedrà la valorizzazione della propria menomazione molto ridotta se confrontata al soggetto con protesi non funzionante. | | |
| GINOCCHIO | 2 | 6 |
| Inserite voci sulla funzionalità del ginocchio protesizzato. Identiche considerazioni da espletarsi per il ginocchio, ove il soggetto lesso con protesi bloccata vedrà la propria menomazione sopravvalutata rispetto al lesso che avrà anchilosi del ginocchio ad esempio post traumatica. | | |
| CAVIGLIA | 2 | 5 |
| PIEDE | 4 | 4 |
| Voci sovrapponibili ai precedenti barème 2004; si registra l'inserimento delle voci di funzionalità della caviglia con protesi. | | |
| ALTRI ESITI ARTO INFERIORE | 1 | 5 |
| Le nuove voci tabellari sono l'accorciamento di arto di 6 cm, gli esiti in pseudoartrosi di frattura diafisaria del femore della tibia e biossea della gamba che trovano una valutazione eccessiva rispetto alla correlata e correlabile disfunzionalità. | | |
| RACHIDE CERVICALE | 5 | 5 |
| Voci sovrapponibili fatta eccezione per un differenziale diminuito dell'ernia del disco cervicale post traumatica con interessamento radicolare documentato clinicamente e strumentalmente. | | |
| RACHIDE DORSALE | 4 | 4 |
| Lievi differenze in aumento per le voci di frattura del soma D11 e D12 | | |
| RACHIDE LOMBARE | 4 | 4 |
| Lievi differenze in aumento per la voce ernia del disco lombare post traumatica. | | |

(continua a pag.13)



(continua da pag.12)

| | N. VOCI TABELLE 2004 | N. VOCI TABELLE 2020 |
|---|----------------------|----------------------|
| DANNO ESTETICO | 2 | 2 |
| Differenze in aumento per il pregiudizio estetico complessivo gravissimo che passa da 21-35 a 21-40. | | |
| APPARATO RESPIRATORIO | 6 | 6 |
| Invariato. | | |
| APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO | 5 | 5 |
| Quale unica differenza si percepisce la presenza di classe IV NYHA che passa da valori maggiori di 80 a una voce "range" 81-100 a sancire la possibilità effettiva che un soggetto con condizioni di scompenso cardiaco cronico sia di un livello menomativo che ne abolisce ogni capacità. | | |
| APPARATO DIGERENTE - LINGUA E LABBRA | 0 | 5 |
| Vengono introdotte le menomazioni di LINGUA e LABBRA (5 voci prima non esistenti). | | |
| APPARATO DIGERENTE – ESOFAGO | 4 | 5 |
| L'apparato digerente è ora scisso in organi (prima era una sola lista di voci). Introdotta la voce tabellare dell'esofagectomia al terzo superiore (range 30-60) e cambia la voce stenosi esofagee (classe V) che passa da voce maggiore di 60 a voce "range" 61-75. | | |
| APPARATO DIGERENTE – TRATTO GASTROENTERICO | 7 | 7 |
| Sovrapponibile la valutazione delle voci rispetto al precedente se non per la stenosi classe V che passa da voce maggiore di 60 a voce "range" 61-100. | | |
| APPARATO DIGERENTE – FEGATO | 7 | 10 |
| Vi è apprezzabile maggior dettaglio rispetto a quanto presente in precedenza per quanto riguarda il danno epatico e i suoi riscontri oggettivi. Introdotte le voci del trapianto di fegato. | | |

(continua a pag.14)



(continua da pag.13)

| | N. VOCI TABELLE 2004 | N. VOCI TABELLE 2020 |
|--|----------------------|----------------------|
| ALTRO APPARATO DIGERENTE | 2 | 2 |
| Invariato. | | |
| APPARATO GENITO URINARIO | 9 | 9 |
| Sovrapponibile salvo per il passaggio della voce insufficienza renale in trattamento dialitico da maggiore di 60 a voce "range" 61-80. | | |
| APPARATO GENITALE FEMMINILE | 2 | 2 |
| Invariato. | | |
| APPARATO GENITALE MASCHILE | 2 | 2 |
| Invariato. | | |
| GHIANDOLE ENDOCRINE | 10 | 11 |
| Sovrapponibile con lievi modifiche ed introduzione della voce di diabete non insulino dipendente in scarso controllo. | | |

INSURANCE CONNECT
È SU LINKEDIN

Iscriviti al gruppo

Segui la pagina



in

Insurance Daily

Direttore responsabile: Maria Rosa Alaggio alaggio@insuranceconnect.it

Editore e Redazione: Insurance Connect Srl – Via Montepulciano 21 – 20124 Milano

T: 02.36768000 **E-mail:** redazione@insuranceconnect.it

Per inserzioni pubblicitarie contattare info@insuranceconnect.it

Supplemento al 28 gennaio di www.insurancetrade.it – Reg. presso Tribunale di Milano, n. 46, 27/01/2012 – ISSN 2385-2577