

Schema di decreto del Presidente della Repubblica - Regolamento recante la tabella delle menomazioni all'integrità psicofisica comprese fra 10 e 100 punti di invalidità, ai sensi dell'articolo 138 del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209



IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

VISTO l'articolo 87, comma, 5 della Costituzione;

VISTO il decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e successive modificazioni, recante il Codice delle assicurazioni private e, in particolare l'articolo 138, che prevede la predisposizione con decreto del Presidente della Repubblica di una specifica Tabella, unica su tutto il territorio della Repubblica, delle menomazioni alla integrità psicofisica compresa tra 10 e 100 punti e del valore pecuniario da attribuire a ogni singolo punto di invalidità, comprensiva dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto lesa;

ESAMINATI i lavori della commissione per la predisposizione della Tabella di cui al menzionato articolo 138 del Codice delle assicurazioni private, istituita con decreto del Ministro della salute del 26 maggio 2004, aggiornati dal Gruppo tecnico per l'aggiornamento delle tabelle delle menomazioni all'integrità psicofisica previste dagli articoli 138 e 139 del decreto legislativo n. 209 del 2005, istituito con decreto direttoriale 13 marzo 2018;

VISTO l'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni;

VISTO l'articolo 3, comma 3, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, secondo cui il danno biologico conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, eventualmente integrate con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti tale attività;

VISTO altresì, l'articolo 7, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n. 24, che applica le disposizioni recate dal citato articolo 3, comma 3, del decreto-legge n. 158 del 2012, oltre che agli esercenti le professioni sanitarie, anche al danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata;

VISTA la legge 4 agosto 2017, n. 124, ed in particolare l'articolo 1, commi 17, 18 e 19;

VISTA la preliminare deliberazione adottata dal Consiglio dei Ministri nella riunione del (...);

UDITO il parere del Consiglio di Stato, reso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del (...);

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella riunione del ...;

SULLA PROPOSTA del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute, con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della giustizia;

EMANA

il seguente regolamento:

Articolo 1

1. Ai sensi dell'articolo 138 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, ai fini del risarcimento del danno non patrimoniale delle lesioni di non lieve entità derivanti da sinistri conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, nonché del danno conseguente all'attività dell'esercente la professione sanitaria e del danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, 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.
2. Le note introduttive e la tabella di cui al comma 1, lettera a), sono riportate rispettivamente negli allegati I e II; le note introduttive e la tabella di cui al comma 1, lettera b), sono riportate nell'allegato III.
3. Gli importi stabiliti nella Tabella di cui al comma 1, 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.

4. All'aggiornamento e alla modifica della Tavola 2, riportata nell'allegato III al presente 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.
5. Il presente decreto, ai sensi dell'articolo 1, comma 18, della legge 4 agosto 2017, n. 124, si applica ai sinistri e agli eventi verificatisi successivamente alla data della sua entrata in vigore.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

TABELLA DELLE MENOMAZIONI

Note introduttive sui criteri applicativi

Premessa

La tabella delle menomazioni rappresenta lo strumento, in responsabilità civile, per la valutazione del danno permanente biologico, fermo restando che l'uso deve esserne riservato a medici specialisti in medicina legale o, in mancanza, a medici comunque di comprovata esperienza medico legale nella valutazione del danno alla persona, essendo la motivazione elemento essenziale e qualificante del giudizio valutativo, al di là della mera indicazione numerica.

Il prioritario orientamento della tabella verso postumi di eventi traumatici comporta il ricorso a criteri di riferimento analogico-proporzionali rispetto alle voci previste per la valutazione di esiti da eventi avversi nell'ambito della responsabilità professionale sanitaria ove non specificatamente considerati.

Il valore ed il significato della tabella di valutazione, infatti, è indubbiamente quello di perseguire la massima omogeneità scientifica e riproducibilità del giudizio valutativo a parità di diagnosi delle infermità e menomazioni conseguenti; fermo restando il valore indicativo dalla tabella medesima, essendo il danno biologico, anche nella sua componente percentualizzabile, contrassegnato da una variabilità misurata sulle caratteristiche individuali della persona lesa, quali ad esempio, lo stato anteriore, l'eventuale incidenza biologica dell'età e/o della differenza di sesso sulla tipologia della menomazione da valutare.

Criteri applicativi

Il danno alla persona in ambito di responsabilità civile, per come esso è stato delineato dalla giurisprudenza e dalla dottrina e da specifici provvedimenti legislativi, si fonda sul concetto di danno biologico, che consiste nella menomazione temporanea e/o permanente all'integrità psico-fisica della persona, suscettibile di accertamento medico legale, la quale esplica una incidenza negativa sulle attività ordinarie intese come aspetti dinamico-relazionali comuni a tutti, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla capacità di produrre reddito.

La nozione di danno biologico comprende anche l'eventuale incidenza rilevante della menomazione su specifici aspetti dinamico relazionali personali, la cui valutazione non è da esprimersi percentualmente, ma, quando necessario, va formulata con indicazioni aggiuntive attraverso equo e motivato apprezzamento, da parte del medico valutatore, delle condizioni soggettive del danneggiato.

La tabella delle menomazioni che segue è articolata secondo le menomazioni comprese fra 10 e 100 punti di invalidità, di cui all'articolo 138 del Codice delle assicurazioni.

Scopo della colonna numerica di questa tabella è quello di indicare parametri numerici da utilizzare ogni volta che, nell'ambito del risarcimento del danno alla persona in responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti o conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria e all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, vi sia la necessità di effettuare un accertamento medico-legale per stabilire e motivare in che misura debba essere quantificato il danno permanente biologico, nel caso esso rientri in un tasso compreso tra il 10% ed il 100%.

L'assenza di una voce in tabella, non esclude automaticamente la sua considerabilità valutativa, con riferimento al danno biologico.

I valori indicati nella tabella si riferiscono alla incidenza delle varie condizioni considerate sulle attività ordinarie, intese come aspetti dinamico relazionali comuni a tutti.

La tabella comprende, per ogni distretto anatomico e/o sistema organico funzionale, fattispecie diverse che vanno dalla elaborazione di voci relative alla compromissione dei parametri indicativi della piena funzionalità (es., per un arto: asse, motilità, stabilità, potenza, velocità e abilità motoria; per la psiche: percezione di sé, condizione emotivo-affettiva, comportamenti disfunzionali, difficoltà relazionali, disturbi cognitivi), alla descrizione di alterazioni anatomiche e/o funzionali ed alla illustrazione di specifiche condizioni cliniche.

Premesso che anche le lesioni da cui possono originare menomazioni previste in tabella possono talora guarire senza postumi permanenti, i valori indicati nella tabella sono riportati in diversi modi: in alcuni casi è indicato un *numero unico*, in altri un *intervallo di valori*.

- Il *numero unico* è stato adottato per quelle voci indicative di una lesione anatomica o di una condizione funzionale ben precisa; detto parametro numerico è riferito al danno base teorico, fermo restando che lo stesso valore deve essere modificato, con criteri analogici, laddove quella menomazione comporti un quadro clinico-funzionale più grave o comunque diverso, ovvero qualora ricorrano una o più delle evenienze più avanti previste.
- Ad altre voci corrispondono fasce valutative in rapporto alle possibili varianti anatomo-funzionali proprie di quella particolare fattispecie. Le indicazioni date con un *intervallo di valori* si riferiscono a menomazioni che comunque sono responsabili di per sé di un danno permanente suscettibile di valutazione, le cui ripercussioni sulla persona lesa possono però oscillare fra un minimo ed un massimo, a seconda delle caratteristiche del quadro clinico e laboratoristico-strumentale cui la menomazione si correla. Se il quadro menomativo da valutare non si identifica pienamente con la condizione prevista dalla voce tabellata, ci si può discostare dai limiti, con riferimento al criterio della analogia e della equivalenza. Per talune forme di danno l'intervallo di valori è da riferire, rispettivamente per valori minimi o massimi, alla specificità di genere e/o di età che caratterizza il soggetto leso. La gradualità di indicazione fra le percentuali minima e massima, possono essere utilizzate per indicare condizioni di prima personalizzazione (genere, età) in riferimento a particolari menomazioni ed alla loro incidenza su attività quotidiane comuni a tutti.

In taluni casi, relativi a situazioni che si pongono a cavallo fra i limiti propri delle lesioni di lieve e di non lieve entità (evidenziati con *), la valutazione complessiva deve tener conto dell'intero intervallo (ivi compresa l'eventuale componente di lieve entità, non disciplinata dal presente decreto) e che numeri unici

o intervalli chiusi segnati nella colonna devono essere considerati ai fini valutativi unitamente ai valori o agli intervalli eventualmente riferiti alla medesima voce relativamente alle menomazioni di lieve entità, fermo restando che una volta effettuata tale valutazione, si applicano per la quantificazione del risarcimento, a seconda del risultato, le norme relative alle lesioni lievi ovvero quelle relative alle lesioni non lievi.

Menomazioni plurime

Nel caso in cui gli esiti permanenti di un'unica lesione possono essere rappresentati da più voci tabellate o in caso di danno permanente da menomazioni plurime, interessanti cioè più sistemi organo-funzionali, non si dovrà procedere alla valutazione con il criterio della semplice sommatoria delle percentuali previste per le varie strutture del distretto colpito o per il singolo organo od apparato, bensì alla valutazione complessiva che avrà come riferimento l'inquadramento tabellare dei singoli danni e la globale incidenza sulla integrità psico-fisica della persona. Nella valutazione medico-legale di menomazioni plurime si terrà conto, di volta in volta, della maggiore o minore incidenza di danni fra loro concorrenti. Resta fermo che se il disvalore globale supera il 9%, anche se le menomazioni singolarmente considerate sono classificate come lesioni lievi, si applicano per la quantificazione del risarcimento le norme relative alle lesioni non lievi.

Menomazioni preesistenti

Nel caso in cui la menomazione interessi organi od apparati già sede di patologie od esiti di patologie, le indicazioni date dalla tabella andranno rivalutate se il concorso tra menomazioni e preesistenze aumenta il danno da lesione rispetto ai valori medi (ad esempio: il valore tabellato per la perdita di un occhio andrà maggiorato nel caso la lesione si verifichi in un soggetto monocolo o con alterazioni oculo-visive). Non si terrà conto delle preesistenze in rapporto di coesistenza con le menomazioni oggetto di valutazione. Ove già non implicitamente considerato in tabella, non si prevede il ricorso a formule matematiche per il principio dell'inesauribilità del bene salute del danneggiato.

Criterio della analogia e della equivalenza

Nei casi in cui la menomazione da valutare non trovi piena corrispondenza o non trovi alcuna corrispondenza nelle voci previste dalla tabella, il giudizio va espresso con il criterio della analogia e della equivalenza, tenendo conto cioè dei valori indicati per le alterazioni anatomiche o minorazioni funzionali che, per distretto interessato o per tipo di pregiudizio che determinano o per grado di disfunzionalità, più si avvicinano alla specifica situazione che si sta esaminando.

Menomazioni dentarie

In caso di perdita di elementi dentari, i valori proposti dalla tabella devono comunque essere adattati al risultato funzionale (compreso il danno estetico) conseguito o conseguibile mediante terapia odontoiatrica, compreso il trattamento protesico attuato o attuabile, il tutto da accertarsi a cura di un medico odontoiatra quale supporto allo specialista medico legale che effettuerà la valutazione del danno. In linea di massima, per le perdite dentarie singole la possibilità di correzione protesica riduce, schematicamente, il danno da $2/3$ a $3/4$ mediante implantoprotesi, di $2/3$ mediante protesi fissa e di $1/3$ mediante protesi rimovibile. Aggiustamenti a tali valori di riduzione del danno possono modularsi, altresì, in funzione di: tipologia di lesione, topografia ed estensione della zona edentula, età del leso, condizioni anatomo-cliniche dell'articolato dentario. In linea di massima, anche in caso di protesi efficace funzionalmente ed esteticamente, ovvero in caso di devitalizzazione del singolo elemento o di sua trasformazione in pilastro, si dovrà riconoscere almeno $1/3$ del valore previsto per ogni elemento fino al valore massimo tabellato per la perdita del dente ove si tratti di elemento in precedenza integro, come, specialmente, i soggetti di giovane età. Il danno da lussazione (intrusiva, estrusiva e laterale) deve prevedere una percentuale minima dello 0,25% fino a giungere a quella prevista per la perdita dell'elemento dentario, in caso di perdita da avulsione dello stesso o dal riassorbimento radicolare conseguente al reimpianto.

Le perdite di decidui vanno tenute in considerazione in relazione alle negative ripercussioni sulle funzioni di stimolazione dello sviluppo osseo, di mantenimento di spazio e di sviluppo di linguaggio, la cui entità è inversamente proporzionale all'epoca della fisiologica esfoliazione dentaria; pertanto la loro perdita riveste pratico significato solo in una fase più o meno precoce.

In caso di perdite dentarie multiple o di perdite ossee alveolare, la valutazione medico-legale del danno permanente biologico deve essere effettuata considerando la residua riduzione della sua efficienza masticatoria, occlusale, fonatoria ed estetica globalmente intese, anche sulla base delle possibilità riabilitative di eventuali trattamenti rigenerativi ossei e della riabilitazione protesica o dei loro attendibili risultati.

Menomazioni dell'apparato visivo

In caso di menomazione dell'acuità visiva, la valutazione del danno biologico permanente è calcolata in riferimento ai parametri indicati nella tabella e alla riduzione del visus per lontano, sulla base della acutezza visiva ottenuta dopo la migliore correzione ed in base ai seguenti parametri:

Visus residuo per lontano in occhio peggiore

	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	<1/20	V.S.*
10/10	1	2	3	6	8	10	15	19	23	25	28	30
9/10	3	3	5	7	9	11	16	20	24	26	29	31
8/10		4	6	7	9	11	16	20	24	27	30	32
7/10			9	11	13	15	20	24	28	30	32	34

Visus residuo per lontano in occhio migliore

6/10				15	17	19	24	28	32	34	36	38
5/10					21	23	28	32	36	38	40	42
4/10						27	32	36	40	42	44	46
3/10							42	46	50	52	54	56
2/10								54	58	60	62	64
1/10									67	69	71	73
1/20										73	75	77
<1/20											79	81
V.S.*												85

* Visus Spento

La migliore correzione deve essere tollerata in binoculare, Per tollerata si intende una correzione che non induca una aniseiconia tale da impedire, di fatto, l'utilizzo della correzione stessa, determinando uno stato di monocularità funzionale.

In caso di rilevanti dissociazioni tra l'incapacità visiva per lontano e quella per vicino, sarà necessario calcolare anche quest'ultima, secondo lo schema che segue, indi procedere al calcolo del danno permanente biologico complessivo da riconoscere mediante la seguente formula:

danno per lontano + danno per vicino

2

Visus residuo per vicino in occhio peggiore

Visus residuo per vicino in occhio migliore

	1°c.	2°c.	3°c.	4°c.	5°c.	6°c.	7°c.	8°c.	9°c.	10°c.
1°c.	0	2	4	8	12	16	20	25	28	30
2°c.		6	7	11	14	17	20	24	29	32
3°c.			8	15	18	20	24	26	30	34
4°c.				23	26	29	32	36	41	44
5°c.					34	37	40	44	49	52
6°c.						43	46	50	55	58
7°c.							51	55	60	63
8°c.								62	67	70
9°c.									75	78
10°c.										85

L'acuità visiva per vicino va misurata in adeguata condizione di luminosità, previa correzione di una eventuale presbiopia ed ametropia; può essere misurata mediante l'ottotipo di Limoli, che impiega

come unità di misura il corpo di stampa alla distanza di 40 centimetri, dovendosi considerare come parametro di normalità il corpo di stampa 10.

Recentemente viene utilizzato nella pratica corrente anche il Minnesota Reading Corps che consente di apprezzare anche un altro rilevante parametro funzionale quale la velocità di lettura.

Oltre alla acuità visiva per vicino merita adeguata considerazione anche la capacità di lettura che comporta la necessità di esaminare e riconoscere lettere in sequenza per poter leggere una parola, e parole in sequenza per poter comprendere il significato di un brano.

Ciò diviene estremamente difficoltoso allorché vi siano scotomi centrali parafoveali, evidenziabili alla microperimetria, posti a sinistra e sotto il punto di fissazione.

Per quanto attiene, invece, alle alterazioni qualitative della visione, andranno valutate mediante aberrometria e sensibilità al contrasto.

I test convenzionali per valutare la sensibilità al contrasto includono le tavole di Pelli-Robson, CSV 1000 e le tavole di Vistech, che sondano principalmente la visione centrale in condizioni fotopiche.

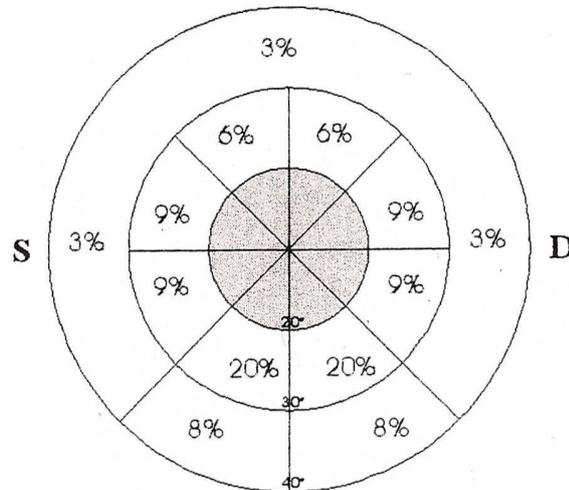
Per la valutazione della pseudofachina monoculare, la valutazione andrà adattata all'età, riservando la maggior valutazione al soggetto giovane, dove l'impianto di uno pseudofaco determina la perdita della capacità accomodativa nell'occhio impiantato e quindi la perdita della binocularità nella visione per vicino.

Neppure va dimenticato che lo pseudofaco è, a tutti gli effetti, una protesi e come tale tendente a deteriorarsi nel tempo, per cui nel soggetto giovane è prevedibile che a distanza di tempo sarà necessario un reintervento, il che giustifica una maggior valutazione.

Per la valutazione della diplopia si consiglia l'uso del perimetro di Goldman. La diplopia va documentata tramite esame ortottico con schermo di Hess-Lancaster e per procedere alla valutazione dovrebbe risultare invariata da almeno 6 mesi.

Il calcolo del danno permanente determinato dalla diplopia deve essere effettuato tenendo conto della diversa rilevanza delle aree in cui compare la diplopia, secondo lo schema sotto indicato:

Nell'uso di questo diagramma la percentuale compresa nella corona circolare più esterna va



utilizzata esclusivamente per le diplopie che insorgano in posizioni estreme di sguardo, superiore ai 30° di eccentricità, e non va mai sommata a quella prevista per le diplopie insorgenti in posizioni di sguardo comprese tra i 20° ed i 30°, che ovviamente si presentano anche in posizioni di sguardo più eccentriche. Invece per le diplopie presenti in più posizioni di sguardo, si farà ricorso al calcolo riduzionistico considerando come valutazione massima ammissibile il 25%, valore attribuito alla necessità di occludere un occhio, che non può più essere valutato, in termini di danno biologico, alla pari della perdita funzionale dell'occhio, come accadeva nei barèmes che facevano riferimento alla riduzione della capacità lavorativa.

Nel caso la diplopia si associ a strabismo la valutazione complessiva deve tener conto anche del danno estetico.

Per la valutazione della ptosi, si considera la posizione del bordo palpebrale superiore rispetto alla pupilla. Ptosi di 3° grado: pupilla totalmente coperta che obbliga alla iperestensione del capo per poter liberare almeno parzialmente il forame pupillare.

Per la determinazione del campo visivo l'accertamento deve essere eseguito mediante perimetria computerizzata, preferibilmente con programmi Esterman mono e binoculare e Gandolfo 100%.

La valutazione del danno del campo visivo è opportuno che sia confermata da accertamenti ripetuti nel decorso della patologia fino a stabilizzazione avvenuta.

La valutazione va effettuata tenendo conto dei punti confluenti e non di quelli singoli isolati. Per la valutazione dei punti si attribuisce un valore 1 per i difetti assoluti e 0,5 per i difetti relativi quando il deficit campimetrico è localizzato nell'emicampo inferiore; quando invece il deficit campimetrico è localizzato nell'emicampo superiore, si attribuisce un valore di 0,8 per i difetti assoluti e di 0,4 per i difetti relativi.

Per la valutazione del glaucoma conseguente a traumatismi o procedure medico-chirurgiche, va considerato il raggiungimento o meno del compenso terapeutico, sia esso medico o chirurgico. In caso di mancato raggiungimento del compenso le percentuali andranno aumentate in previsione del futuro peggioramento del quadro funzionale.

Menomazioni dell'apparato uditivo

Per la valutazione delle ipoacusie diverse dalla sordità completa unilaterale o bilaterale, il danno permanente biologico va calcolato in base alla seguente tabella, che tiene conto delle possibilità di miglioramento del deficit uditivo mediante correzione con adeguato apparecchio acustico:

Perdita uditiva (dB)	Percentuale di deficit per singole frequenze				
	500 Hz	1000 Hz	2000Hz	3000 Hz	4000 Hz
25	0	0	0	0	0
30	1.25	1.5	1.75	0.4	0.1
35	2.5	3	3.5	0.8	0.2
40	5	6	7	1.6	0.4
45	7.5	9	10.5	2.4	0.6
50	11.25	13.5	15.75	3.6	0.9
55	15	18	21	4.8	1.2
60	17.5	21	24.5	5.6	1.4
65	18.75	22.5	26.25	6	1.5
70	20	24	28	6.4	1.6
75	21.25	25.5	29.75	6.8	1.7
80	22.5	27	31.5	7.2	1.8
85	23.75	28.5	33.25	7.6	1.9
90	25	30	35	8	2

In caso di deficit uditivo monolaterale, la percentuale di danno permanente biologico da riconoscere è calcolata operando la seguente proporzione:

$$Du : 100 = X : 10$$

laddove

$$X = \frac{Du}{10}$$

Dove Du rappresenta la somma dei valori indicati dalla tabella per ciascuna frequenza a seconda della corrispondente perdita in dB, X il valore del danno biologico da calcolare e 10 il valore previsto per la sordità completa monolaterale.

In caso di deficit uditivo bilaterale, il valore del danno permanente biologico complessivo da riconoscere è invece calcolato applicando la seguente formula:

$$X = \frac{(4 \times \text{orecchio migliore}) + \text{orecchio peggiore}}{5} \times 0,5$$

La valutazione prevista dall'indicazione tabellare propria del deficit uditivo va, comunque, maggiorata con un tasso aggiuntivo del 2-6%, in relazione a disestetismo, limitazioni ludico-sportive, fastidi concretamente derivanti dal dispositivo protesico e necessità di cure e manutenzione richieste dallo stesso.

A parte andranno valutati eventuali ulteriori componenti del danno; all'apparato uditivo quali acufeni, otorree croniche ecc.

Menomazioni psichiche

La diagnosi della psicopatologia, stante la delicatezza in sé e la difficoltà valutativa in ambito medico-legale, va compiuta da medici specialisti in medicina legale o, in mancanza, da medici comunque di comprovata esperienza medico legale nella valutazione del danno alla persona e, quando occorre (in riferimento a qualità, gravità e documentazione probatoria del disturbo da valutare), **con il supporto ausiliario** di figure professionali esperte in campo psicopatologico forense (psichiatra o psicologo o specialista in medicina legale con competenze psicodiagnostiche), in grado di utilizzare strumenti di valutazione obiettiva - test psicodiagnostici.

In taluni casi i disturbi psico-patologici, non di rado favoriti da fattori endogeni, possono far parte del quadro esitale di un evento lesivo (anche in ambito esclusivamente psicopatologico).

L'accertamento e la valutazione di queste condizioni menomative devono inoltre osservare rigorosamente le seguenti raccomandazioni:

I disturbi psico-patologici contemplati dalla tabella hanno una precisa connotazione diagnostica. Il loro accertamento deve quindi rispondere ad una assoluta coerenza diagnostica, conformemente alle indicazioni ed ai criteri previsti dal DSM 5 e successive modificazioni e revisioni. Particolare attenzione e rigore si devono porre nell'accertamento della permanenza del disturbo psico-patologico accertato, dello stato anteriore della persona e, soprattutto, del suo nesso causale con l'evento dal quale si vuole far discendere. La verifica del nesso causale deve infatti passare attraverso la rigorosa applicazione della criteriologia medico legale, atteso che molti dei sintomi appartenenti alle categorie morbose sopra richiamate possono essere di natura idiopatica e potranno considerarsi di natura post-traumatica soltanto previo accurato vaglio della loro coerenza quali-quantitativa e della loro proporzionalità rispetto alla comprovata valenza psico-traumatica dell'evento lesivo. A questo proposito, in riferimento alle voci considerate in tabella in quanto quelle più frequentemente ricorrenti nella pratica valutativa di esiti di eventi lesivi che danno luogo a postumi psichici, si fa presente che:

- *I disturbi correlati ad eventi traumatici stressanti* comprendono quei disturbi in cui l'esposizione a un evento traumatico è specificamente riscontrato e ha assunto rilievo clinico significativo. I sintomi vanno ricondotti all'interno di una dinamica esperienziale basata su ansia e paura che

produce sintomi anedonici e disforici, sintomi di rabbia e aggressività esternalizzati oppure sintomi dissociativi. L'esposizione all'evento traumatico deve avere significativa valenza lesiva (ad es., il contatto con la morte o una minaccia di morte o grave lesione per sé o per un congiunto). In particolare, il disturbo da stress post-traumatico, come evidenziato nel DSM 5, deve essere causato da eventi psico-traumatizzanti di adeguata e consistente efficienza lesiva. Gli eventi traumatici vissuti direttamente includono aggressione reale o minacciata (per es., attacco fisico), violenza sessuale reale o minacciata, disastri naturali o provocati dall'uomo, gravi incidenti automobilistici, dovendo precisarsi che una malattia che mette a repentaglio la vita o una condizione medica debilitante non è necessariamente considerata un evento traumatico. Incidenti medici qualificati come eventi traumatici comprendono improvvisi eventi catastrofici (per es., svegliarsi durante un intervento chirurgico, shock anafilattico). Gli eventi vissuti come testimoni includono l'osservare minacce o gravi lesioni, morte innaturale, abuso fisico o sessuale di un'altra persona dovuto ad un'aggressione violenta, violenza domestica, incidente, catastrofe medica riguardante il proprio figlio (ad es., un'emorragia che ne mette a repentaglio la vita). Un'esposizione indiretta attraverso l'apprendimento di un evento è limitata ad esperienze che interessano parenti o amici stretti e ad esperienze violente o accidentali (per es., la morte dovuta a cause naturali non è qualificata). Tali eventi includono aggressione personale violenta, suicidio e lesioni gravi. Il disturbo può risultare particolarmente grave o prolungato quando il fattore stressante è interpersonale e intenzionale (per es. tortura e violenza sessuale).

- *I disturbi dissociativi* si riscontrano frequentemente nel periodo successivo ad un trauma (per es., in presenza di situazioni in cui si sono temute gravi conseguenze fisiche e/o per la salute). Sono caratterizzati da una sconnessione e/o dalla discontinuità della normale integrazione di coscienza, memoria, identità, emotività, percezione e rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento. I sintomi dissociativi possono colpire tutte le aree del funzionamento psicologico indipendentemente dalla natura del trauma vissuto.
- *I disturbi da sintomi somatici* si classificano nosograficamente sulla base della presenza di sintomi oggettivi (sintomi somatici che producono disagi accompagnati da pensieri e comportamenti anomali nonché comportamenti adottati in risposta a tali sintomi, per es., il dolore) che non trovano spiegazione da un punto di vista medico. Sono numerosi i sintomi somatici che provocano profondo disagio e possono variamente essere attribuiti a particolari fattori stressanti familiari, lavorativi, ambientali.
- *I disturbi d'ansia* si caratterizzano per la presenza di "paura", quale risposta emotiva a una minaccia imminente reale o percepita, o di "ansia" quale anticipazione di una minaccia futura. La risposta emotiva va al di là di quanto ragionevolmente è atteso in rapporto all'evento. Vi sono diverse tipologie di disturbi d'ansia (nei quali vanno comprese anche le fobie) in funzione degli eventi e delle dinamiche psicologiche da cui originano (per es., nel caso di un precedente incidente con uno scooter si può verificare l'insorgere di una risposta emozionale di paura e ansia, quindi la conseguente rinuncia ad andare in scooter, oppure a seguito di un intervento sanitario che ha prodotto danni anziché benefici alla salute, strutturare ansia e paura bloccante rispetto alla possibilità di sottoporsi a trattamenti sanitari, seppure necessari).

- La caratteristica comune dei *disturbi depressivi* è la presenza di sensazioni di tristezza, vuoto, umore irritabile, accompagnati da mutamenti somatici e cognitivi che incidono in modo significativo sul funzionamento della persona sia in ambito sociale che lavorativo. L'evento psicolesivo a cui correlare una risposta depressiva deve avere una valenza in grado di produrre una modificazione dell'assetto emotivo-affettivo in senso pessimistico circa le prospettive esistenziali (per esempio: essere esposti a vessazioni sul lavoro tali da pervenire a una emarginazione da costrittività organizzativa che produce una depersonalizzazione e una deidentificazione del proprio sé). Una particolare attenzione va posta nella diagnosi differenziale tra Disturbo depressivo Maggiore e il Disturbo da lutto persistente complicato, laddove ci si trovi a valutare la condizione psicologica di soggetto che ha subito la perdita traumatica di un congiunto.
- *I disturbi ossessivi-compulsivi* sono caratterizzati dalla presenza di "ossessioni" (pensieri, impulsi o immagini ricorrenti e persistenti che sono vissuti come indesiderati) e "compulsioni" (comportamenti o azioni mentali ripetitive che la persona si sente obbligato a compiere in risposta a un'ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente). Nell'ambito di tali disturbi è classificato il Disturbo di disformismo corporeo, caratterizzato dalla preoccupazione di difetti percepiti dalla persona nell'aspetto fisico e non rilevabili oggettivamente, che deve essere attentamente tenuto presente nell'ambito delle valutazioni sulle ricadute psicologiche da "danno estetico".
- *I disturbi bipolari* hanno una base genetica, così come attribuito dal DSM 5, per cui non possono avere un interesse medico-legale e psicopatologico forense. Solo in relazione all'insorgenza di un episodio maniacale in conseguenza di un evento stressante può richiedersi una valutazione medico-legale e psicopatologico forense che può prospettare un danno psichico permanente in ragione del fatto che unitamente alla compromissione dell'immagine sociale connessa alle peculiari esternazioni nel corso dell'episodio, oltre il 90% degli individui che hanno un episodio singolo maniacale continuano ad avere ricorrenti episodi di alterazione dell'umore, nelle due polarità del disturbo timico.
- *I disturbi dello Spettro Schizofrenico* determinano una compromissione del funzionamento personale e socio-lavorativo che generalmente è di notevole entità. Le prospettive prognostiche sono caratterizzate da una generale negatività. Nel DSM 5 la gravità dei sintomi è rapportata a uno score da 0 a 4 relativo a 8 domini: allucinazioni, deliri, eloquio disorganizzato, comportamento psico-motorio anormale, ristretta espressione emotiva o abulia/apatia, disturbi cognitivi, depressione e mania. Per quanto non si abbiano dati sufficienti a supporto di una possibile genesi post-psico-traumatica di tali disturbi, in ambito medico-legale e psicopatologico forense si può valutare l'incidenza di alcune situazioni sulla slatentizzazione della sintomatologia (perdita, luttuosa o per separazione indesiderata, di persone di riferimento affettivo, allontanamento dalla famiglia, da ambiente scolastico protettivo, da ambiente lavorativo accogliente, interruzione inattesa di un legame sentimentale).
- *I disturbi del neuro-sviluppo* trovano interesse medico-legale e psicopatologico forense solo per la balbuzie e i tic. In campo peritale è comunque fondamentale l'acquisizione della prova anamnestica che la balbuzie non sussisteva prima dell'evento psico-traumatico a cui si vuole

attribuire genesi. L'incidenza invalidante deve essere stimata proporzionalmente alla frequenza degli inceppamenti verbali e alla ricorrenza degli stessi in situazioni socio-relazionali importanti e, di conseguenza, sotto il profilo della compromissione delle dinamiche socio-relazionali che caratterizzano le categorie del danno biologico. Per la componente ansiogena che contiene il disturbo va preso in considerazione come fattore di aggravamento di un disturbo d'ansia a genesi psico-traumatizzante.

- *Il disturbo da lutto persistente* complicato è considerato nel DSM 5 come una reazione psichica meritevole di specifica e autonoma trattazione rispetto ad altre condizioni di tipo reattivo posttraumatico o depressivo, quindi considerato di importanza medico-legale e psicopatologico forense.

Nell'accertamento dei disturbi psico-patologici correlati ad eventi lesivi (anche in ambito esclusivamente psicopatologico) è raccomandato l'uso di test psicodiagnostici, soprattutto per l'individuazione delle condizioni preesistenti estranee al danno da valutare o quando la componente psichica di una menomazione di natura organica appaia eccedere i limiti della risonanza emotiva abitualmente attesa.

Protesi

In caso di lesioni/menomazioni trattate con impiego di protesi, la valutazione del danno permanente biologico sarà effettuata prioritariamente alla fine dell'eventuale percorso riabilitativo ed in relazione al risultato raggiunto, nonché in riferimento ad eventuali previsioni di rinnovo della protesi; in ogni caso, nelle prospettive di interventi protesici, la valutazione del danno terrà conto dei risultati migliorativi abitualmente conseguibili per tale via.

Per le protesi articolari le valutazioni prospettate derivano dall'indicazione tabellare propria del deficit articolare con una maggiorazione concernente l'inclusione del mezzo protesico.

Per la stima del valore menomativo della protesi d'anca si deve tener conto soprattutto dell'età in cui viene applicato il dispositivo, oltre che del risultato funzionale ottenuto, della prevedibile durata del materiale impiegato, delle eventuali dismetrie e del possibile dolore sotto carico. La ri protesizzazione è gravata da un risultato funzionale più contenuto e da una minore durata della protesi, giustificando quindi un aumento della percentuale.

Per la protesi di ginocchio oltre alla valutazione della tolleranza e dell'osteointegrazione della protesi, è prioritaria la considerazione dell'età in cui il soggetto è stato protesizzato, tenuto conto che gli eventuali reimpianti andranno realizzati su un substrato osseo meno recettivo, che riduce, allo stato, la durata della successiva protesi di circa il 20% a 10 anni.

Danno estetico

La valutazione del danno estetico, in quanto parte integrante del pregiudizio alla integrità psico fisica della persona, è di stretta competenza medico legale. Detta valutazione deve far parte della percentuale complessiva riconosciuta dal medico valutatore e deve essere stimata in base alle indicazioni tabellari.

Pregiudizio estetico lieve.

L'anormalità è limitata ad esiti rilevabili ad un'osservazione generica, ma che non mutano in assoluto l'espressività del soggetto. Si tratta cioè di esiti di minime alterazioni delle strutture di supporto del volto e/o alterazioni cutanee limitate. Rientrano in quest'ambito: piccoli cicatrici visibili e/o pigmentazione anomala al volto, modeste dismorfie in esito a fratture del massiccio facciale, perdita parziale di un padiglione auricolare, strabismo lieve (a parte il pregiudizio disfunzionale), lievi esiti di lesione del nervo facciale, cicatrici lineari al collo bene evidenti, cicatrici lineari anche di grandi dimensioni al tronco o agli arti, l'aspetto fisionomico dell'anoftalmia o dell'atrofia del bulbo oculare con possibilità di protesi estetica.

Pregiudizio estetico da lieve a moderato.

Il pregiudizio estetico complessivo è più rilevante e si accompagna ad una coscienza della menomazione resa obiettiva dal giudizio negativo di chi osserva il soggetto. Si tratta cioè di esiti di perdite circoscritte di strutture di supporto al volto e/o alterazioni cutanee poco importanti. Rientrano in quest'ambito: cicatrici lineari piane di piccole dimensioni al volto, depressioni circoscritte della fronte o della guancia, modeste asimmetrie facciali, marcata deformazione della piramide nasale, perdita subtotale di un padiglione auricolare, strabismo evidente (a parte il pregiudizio disfunzionale), evidenti esiti cicatriziali al collo, estese aree cicatriziali al tronco o agli arti, l'aspetto fisionomico dell'anoftalmia o dell'atrofia del bulbo oculare senza possibilità di protesi estetica.

Pregiudizio estetico complessivo da moderato a grave

Il pregiudizio estetico è difficilmente emendabile ed ha una notevole rilevanza sull'espressione del volto. Si tratta degli esiti di perdita di sostanza al volto di maggiori dimensioni e/o alterazioni cutanee importanti. Rientrano in quest'ambito: cicatrici dai caratteri molto evidenti comprese tra sopracciglio e labbro superiore, aree cicatriziali estese al volto, asimmetrie facciali marcate, perdita totale di un padiglione auricolare, perdita di gran parte del naso, dismorfismi del collo, del tronco e degli arti particolarmente gravi ed estesi, specie se insistenti su aree per lo più lasciate normalmente scoperte dall'abbigliamento diffusamente utilizzato da soggetti equiparabili al danneggiato per genere ed età.

Pregiudizio estetico complessivo gravissimo

Il pregiudizio estetico determina una ragguardevole modificazione della fisionomia del soggetto che incide sulla riconoscibilità da parte di terzi che ne avevano previa conoscenza oppure comporta alterazioni francamente deturpanti coinvolgenti massivamente il tronco e gli arti fino al massivo sovvertimento della

preesistente fisionomia, la cui deformazione può essere tanto severa da compromettere l'accettazione sociale.

Rientrano in quest'ambito: aree cicatriziali notevolmente ipertrofiche e/o cheloidee, discromiche e retraenti, interessanti quasi tutto il volto, cicatrici irregolari, ipertrofiche e/o cheloidee interessanti l'emivolto e la regione anteriore del collo; esiti di scotennamento totale o sub-totale; perdita completa di entrambi i padiglioni auricolari; perdita completa del naso o del labbro; il cuoio capelluto e la regione anteriore del collo; coesistenza di più di una delle alterazioni anatomiche annoverate quale pregiudizio estetico gravissimo.

Se nella voce tabellare non è segnalata alcuna specificazione aggiuntiva inerente al danno estetico, quest'ultimo si ritiene non compreso nella valutazione percentuale indicata.

Le voci tabellate indicative di perdite anatomiche traumatiche o chirurgiche sono già comprensive del pregiudizio estetico. Il valore maggiore previsto dalla tabella per il danno estetico grave corrisponde in generale al valore massimo attribuibile a danni permanenti biologici di natura estetica.

I postumi di lesioni complesse, in cui il danno estetico assume un'autonoma rilevanza, comportano un danno che va valutato separatamente.

La metodologia di accertamento

La metodologia di valutazione, quale scaturisce dalla applicazione delle tabelle, richiede, anzitutto, l'applicazione di una metodologia di accertamento, definibile come l'esito di un ragionamento, di cui componente essenziale è la diagnosi medico-legale inerente allo stato menomativo che da essa discende, che per la sua univoca e convergente oggettività, fa sì che una sovrapponibile formulazione numerica derivi come logica conseguenza, per circostanze diagnosticamente equivalenti. Da una relazione medico-legale devono emergere con chiarezza descrittiva le circostanze di fatto, la indicazione il più possibile attenta e puntuale dello stato anteriore, la descrizione dei sintomi lamentati, la descrizione dell'esame obiettivo, la compatibilità dei sintomi riferiti con l'evento e la rispondenza di questi e delle risultanze dell'esame obiettivo con l'evento medesimo, in termini di nesso di derivazione causale, la sintesi diagnostica descrittiva di quanto è oggetto di valutazione. Solo a conclusione della procedura metodologica di accertamento, come sopra indicata, e tenendo conto dei riferimenti normativi vigenti (cfr., allo stato, la Legge 127/2017), è possibile esprimere la valutazione medico legale tramite il sistema indicativo tabellare.

Revisione della tabella

Saranno disposte, con la medesima procedura di adozione della presente, eventuali revisioni periodiche della tabella anche sulla base di ulteriori acquisizioni scientifiche e della dottrina.

TABELLA DELLE MENOMAZIONI

aggiornata il 12 luglio 2018 dal gruppo tecnico istituito con DD 13 marzo 2018

CAPO - SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO - APPARATO PSICHICO - ORGANI DI SENSO	
N.B. La valutazione del danno permanente deve fare riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi	
MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100
Postumi di trauma cranico con lesioni encefaliche strumentalmente accertate	10-15
Sindrome prefrontale psico-organica - forma lieve	10-20
Sindrome prefrontale psico-organica - forme medio-gravi	21-50
Disturbo neurocognitivo moderato	20-40
Disturbo neurocognitivo grave	41-80
Disturbo neurocognitivo gravissimo	81-100
Afasia motoria o dell'area di Broca, forma lieve	10-20
Afasia motoria o dell'area di Broca, dalla forma media alla forma grave	21-45
Afasia senso percettiva o dell'area di Wernicke, forma lieve	10-20
Afasia senso percettiva o dell'area di Wernicke, forma media	21-45
Afasia senso percettiva o dell'area di Wernicke, forma grave	46-60
Afasia globale, forme da media a grave	60-80
Paralisi periferica totale monolaterale del nervo facciale, comprensiva del danno estetico	20

Lesione monolaterale completa del trigemino o disestesie dolorose gravi	15
Tetraplegia di origine midollare, a seconda delle funzioni residue	95-100
Tetraparesi (in base al grado di compromissione funzionale dei singoli arti e della funzionalità degli sfinteri)	40-80
Emiplegia spastica con possibilità di deambulare con appoggio, ma con arto superiore funzionalmente perduto	75 d. - 70 n.d.
Paraplegia di origine midollare	85
Paraparesi con deficit di forza lieve-moderato e possibilità di deambulare senza appoggio, a seconda anche del deficit della funzionalità sfinteriale	20-45
Epilessia in trattamento farmacologico, senza crisi, in età non evolutiva, a seconda dell'età e della entità delle alterazioni elettroencefalografiche	10-15
Epilessia controllata farmacologicamente, con crisi sporadiche documentate, senza significativa incidenza sulle ordinarie attività, ma con necessità di astenersi da attività potenzialmente pericolose per sé o per gli altri	16-20
Epilessia in trattamento farmacologico, ma con crisi da mensile a settimanale, a seconda del tipo di crisi (semplici complesse o generalizzate) ed a seconda del tipo di interferenza sulle attività quotidiane	21-40
Epilessia in trattamento farmacologico, ma con crisi plurime settimanali, alterazioni di tipo psichiatrico, rallentamento ideo-motorio, disturbi comportamentali, notevole compromissione delle attività quotidiane, fino allo stato di male epilettico	41-90
Disturbo da stress post-traumatico – forme lievi	11-15
Disturbo da stress post-traumatico – forme da lieve a moderata o lieve complicata	16-20
Disturbo da stress post-traumatico – forme da moderata o lieve complicata, a grave o moderata complicata	21-25
Disturbo da stress post-traumatico – forme da grave o moderata complicata a grave complicata	26-30
Disturbi dell'adattamento complicati	10-15
Disturbi da ansia di malattia – forma lieve	11-15
Disturbo da ansia di malattia – forma moderata	16-20
Disturbo da ansia di malattia – forma grave	21-25
Disturbo da ansia di malattia – forma grave complicata	26-30
Disturbo di conversione (disturbo da sintomi Neurologici Funzionali) – forma moderata	10-15
Disturbo di conversione (disturbo da sintomi Neurologici Funzionali) – forma grave	16-20

Disturbo di conversione (disturbo da sintomi Neurologici Funzionali) – forma grave complicata		21-25
Disturbi d’ansia – forma complicata o moderata		10-15
Disturbi d’ansia – forma moderata complicata o grave		16-20
Disturbi d’ansia – forma grave complicata		21-25
Disturbo d’ansia sociale (Fobia sociale) – forma moderata		10-15
Disturbo d’ansia sociale (Fobia sociale) – forma grave		16-20
Disturbo d’ansia sociale (Fobia sociale) – forma grave complicata		21-25
Disturbo d'ansia generalizzato - forma lieve		10-15
Disturbo d'ansia generalizzato - forma lieve complicata o moderata		16- 20
Disturbo d'ansia generalizzato - forma moderata complicata o grave		21- 25
Disturbo d'ansia generalizzato - forma grave complicata		26-30
Disturbo di panico – forma lieve		10-15
Disturbo di panico – forma moderata		16-20
Disturbo di panico – forma grave		21-25
Disturbi di panico – forma grave complicata		26-30
Agorafobia – forma moderata		10-15
Agorafobia – forma grave		16-20
Agorafobia – forma grave complicata (con materiale impossibilità di uscire di casa senza essere accompagnato)		21-30
Disturbo depressivo maggiore – forma lieve		21-25
Disturbo depressivo maggiore – forma moderata o lieve con disturbi coesistenti		26-30
Disturbo depressivo maggiore – forma grave, ma senza melanconia e senza sintomi psicotici, oppure moderato con disturbi coesistenti		31-35

Disturbo depressivo maggiore – forma grave, con disturbi coesistenti, ma senza melanconia e senza sintomi psicotici, oppure grave, con melanconia ma senza disturbi coesistenti e senza sintomi psicotici	36-40
Disturbo depressivo maggiore – forma grave, con melanconia e con disturbi coesistenti, ma senza sintomi psicotici	41-45
Disturbo depressivo maggiore – forma grave, con melanconia e con sintomi psicotici	46-60
Disturbo depressivo maggiore – forma con melanconia, sintomi psicotici e agiti suicidiari	61-75
Disturbo depressivo persistente (Distima) – forma lieve	16-20
Disturbo depressivo persistente (Distima) – forma moderata o lieve con disturbi coesistenti	21-25
Disturbo depressivo persistente (Distima) – forma grave o moderata con disturbi coesistenti	26-30
Disturbo depressivo persistente (Distima) – forma grave con disturbi coesistenti	31-35
Disturbo ossessivo-compulsivo – forma lieve	16-20
Disturbo ossessivo-compulsivo – forma lieve complicata oppure moderata	21-25
Disturbo ossessivo-compulsivo – forma moderata complicata o grave	26-30
Disturbo ossessivo-compulsivo – forma grave complicata	31-35
Disturbo da lutto persistente complicato – forma lieve	21-25
Disturbo da lutto persistente complicato – forma moderata o lieve con disturbi coesistenti	26-30
Disturbo da lutto persistente complicato – forma grave, ma senza melanconia e senza sintomi psicotici, oppure moderato con disturbi coesistenti (Ove si sovrappongono manifestazioni di un DPTS, si può giungere a percentuali nell'ordine del 36-40% o anche superiori, ove vi sia drastico ritiro sociale o si verifichino pulsioni suicidarie).	31-35
APPARATO VISIVO	
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi	
MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100
Cecità assoluta bilaterale	85
Anoftalmo o altra patologia deformante del bulbo oculare (es. atrofia, leucoma ecc.) comportante cecità bilaterale in rapporto alla possibilità ed all'esito dell'eventuale protesizzazione	90-95

Anoftalmo o altra patologia deformante del bulbo oculare (es. atrofia, leucoma ecc.) comportante cecità monolaterale, in rapporto alla possibilità ed all'esito dell'eventuale protesizzazione	32-35
Cecità assoluta monolaterale	30
Afachia monolaterale dell'adulto, a parte l'eventuale deficit visivo e la necessità di far uso di lenti correttive	10
Afachia binoculare dell'adulto a parte l'eventuale deficit visivo e la necessità di far uso di lenti correttive	20
Afachia monolaterale in età evolutiva, a parte l'eventuale deficit visivo la necessità di far uso di lenti correttive	15
Afachia binoculare in età evolutiva, a parte l'eventuale deficit visivo e la necessità di far uso di lenti correttive	25
Pseudofachia binoculare in età evolutiva a parte l'eventuale deficit visivo e la necessità di far uso di lenti correttive	15-16
Diplopia in tutte le posizioni dello sguardo, tale da obbligare ad occludere un occhio in permanenza (monocularità funzionale)	28
Per le diplopie di grado inferiore si rimanda a quanto specificato nelle norme applicative di questa tabella (menomazioni dell'apparato visivo)	
Ptosi palpebrale di 3° grado, a seconda dell'entità della ptosi e della mono-bilateralità	20
Lagoftalmo, con danno corneale, a seconda dell'entità e della mono-bilateralità	10-15
Esiti di cheratoplastica perforante, a parte il deficit visivo	10
Metamorfopsie a seconda dell'entità e della mono-bilateralità oltre il deficit funzionale	10-15
Glaucoma non responsivo al trattamento farmacologico, compensato con trattamento chirurgico, a parte il danno funzionale	10
Glaucoma compensato farmacologicamente dopo con trattamento chirurgico, a parte il danno funzionale	11-15
Quadrantopsia omonima a seconda della localizzazione (superiore o inferiore)	15-20
Emianopsia omonima destra o sinistra	40
Emianopsia eteronima, a seconda che sia binasale o bitemporale	25-55
Emianopsia altitudinale, a seconda che sia superiore o inferiore	30-45
APPARATO OTO-VESTIBOLARE	
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi	

MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Sordità completa unilaterale		10
Sordità completa bilaterale in età post linguale		50
In caso di menomazioni parziali della capacità uditiva si farà riferimento allo schema contenuto nelle norme applicative di questa tabella (menomazioni dell'apparato uditivo)		
Areflessia monolaterale senza compenso		10
Areflessia monolaterale senza compenso, con canalolitiassi, a seconda della frequenza delle crisi		11-15
Sindrome vestibolare mista (danno periferico e centrale associati) in assenza di compenso		25
APPARATO MASTICATORIO		
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Perdita di tutti i denti e di osso alveolare		35
Perdita di tutti i denti e di osso alveolare dell'arcata superiore		28
Perdita di tutti i denti e di osso alveolare dell'arcata inferiore		23
Limitazione dell'apertura della bocca con distanza interincisiva massima di 20 mm		10
Limitazione dell'apertura della bocca con distanza interincisiva massima compresa fra 20 mm e 10 mm		11-20
Limitazione dell'apertura della bocca con distanza interincisiva inferiore a 10 mm, non trattabile chirurgicamente, con turbe della fonazione e alimentazione pressoché liquida		21-35
ARTO SUPERIORE		
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Perdita anatomica totale di entrambi gli arti superiori, in relazione alla possibilità di protesizzazione e all'efficacia della protesi		75-85
Perdita anatomica totale di un arto superiore, in relazione alla possibilità di protesizzazione e all'efficacia della protesi		50-65 d. - 50-60 n.d.

Perdita anatomica dell'avambraccio a qualsiasi altezza compresa fra terzo prossimale e terzo distale o perdita totale della mano, in relazione alla possibilità di protesizzazione e all'efficacia della protesi	50-55 d. - 45-50 n.d.
Paralisi totale di un arto superiore	60 d. - 55 n.d.
Sindrome radicolare superiore tipo Erb-Duchenne, forma completa	45 d. - 40 n.d.
Paralisi totale del nervo circonflesso	18 d. - 16 n.d.
Paralisi totale alta del nervo radiale	35 d. - 30 n.d.
Paralisi totale alta del nervo mediano	40 d. - 35 n.d.
Paralisi totale alta del nervo ulnare	25 d. - 20 n.d.
SPALLA	
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi	
MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100
Anchilosi completa della scapolo-omerale in posizione favorevole (arto abdotto fra 20° e 50° ed elevato fra 20° e 40°) senza limitazione della scapolo-toracica	27 d. - 22 n.d.
Anchilosi completa della scapolo-omerale in posizione favorevole (arto addotto al fianco ed elevato fra 20° e 40°) con perdita del movimento anche della scapolo-toracica	32 d. - 27 n.d.
Escursione articolare della scapolo-omerale limitata globalmente della metà	15 d. - 13 n.d.
Instabilità post-traumatica di grado medio-elevato accertata strumentalmente e clinicamente	10-15 d. - 10-13 n.d.
Esiti di frattura diafisaria dell'omero evoluta in pseudoartrosi	15-20 d. - 13-18 n.d.
Protesi di spalla con pressoché completo recupero funzionale dei movimenti articolari	15-20 d. - 13-18 n.d.
Protesi di spalla con moderato deficit funzionale	21-25 d. - 19-23 n.d.
Protesi di spalla con marcato deficit funzionale	26-30 d. - 24-28 n.d.
GOMITO	
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi	
MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100

Anchilosi del gomito in posizione favorevole (100° di flessione) con prono-supinazione libera		18 d. - 15 n.d.
Anchilosi del gomito in massima flessione con prono-supinazione libera		28 d. - 26 n.d.
Anchilosi del gomito in massima estensione con prono-supinazione libera		24 d. - 22 n.d.
Anchilosi della prono-supinazione in posizione favorevole (20° di pronazione)		10 d.
Anchilosi della prono-supinazione in posizione sfavorevole (massima pronazione o massima supinazione)		14 d. - 12 n.d.
POLSO		
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Anchilosi rettilinea del polso con prono-supinazione libera		12 d. - 10 n.d.
Anchilosi del polso in posizione sfavorevole (flessione dorsale a 60°) con prono-supinazione libera		20 d. - 18 n.d.
Per la concomitante limitazione o perdita della prono-supinazione dell'avambraccio e della mano, si rimanda alle indicazioni date nel paragrafo dedicato al gomito		
MANO		
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Perdita di tutte le dita della mano		48 d. - 43 n.d.
Perdita del pollice e del primo metacarpo		22 d. - 20 n.d.
Perita del pollice		20 d. - 18 n.d.
Perdita dell'indice		11 d.
Perdita della falange ungueale del pollice		10 d.
ARTO INFERIORE		
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi		

MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100
Amputazione bilaterale di coscia a qualsiasi livello, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	65-85
Amputazione monolaterale di coscia a qualsiasi livello, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	45-60
Amputazione bilaterale di gamba a qualsiasi livello, in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	50-65
Amputazione monolaterale di gamba a qualsiasi livello in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	35-50
Monoplegia flaccida di un arto inferiore	55
Paralisi totale del nervo femorale	30
Paralisi totale del nervo sciatico	40
Paralisi totale del nervo sciatico popliteo interno	22
Paralisi totale del nervo sciatico popliteo esterno	20
ANCA	
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi	
MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole (flessione fra 25°- 40°)	30
Protesi d'anca con pressochè completo recupero funzionale dei movimenti articolari	15-28
Protesi d'anca con moderato deficit funzionale	19-25
Protesi d'anca con marcato deficit funzionale	26-30
Protesi d'anca con grave deficit funzionale, instabilità ed impossibilità di reintervento di correzione protesica	31-45
GINOCCHIO	
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi	
MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100

Anchilosi del ginocchio in posizione favorevole (175°-180°)	25
Lassità articolare da rottura totale di uno dei due legamenti crociati non operata	10
Protesi di ginocchio con pressoché completo recupero funzionale dei movimenti articolari	15
Protesi di ginocchio con moderato deficit funzionale	16-20
Protesi di ginocchio con marcato deficit funzionale	21-25
Protesi di ginocchio con grave deficit funzionale, mal posizionamento e mobilità	31-45
CAVIGLIA	
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi	
MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100
Anchilosi della tibio-tarsica in posizione favorevole (90°)	12
Instabilità post-traumatica grave pluridirezionale della tibio-tarsica con necessità di tutore	10-15
Protesi di caviglia con pressoché completo recupero funzionale dei movimenti articolari	15
Protesi di caviglia con moderato deficit funzionale	16-20
Protesi di caviglia con marcato deficit funzionale	21-25
PIEDE	
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi	
MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100
Amputazione bilaterale di piede a livello della tibio-tarsica in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	45-60
Amputazione monolaterale del piede a livello della tibio-tarsica in rapporto alla possibilità di applicazione di protesi efficace	30-40
Perdita di tutte le dita di un piede e dei condili metatarsali	18-20
Perdita dell'alluce e del primo metatarso	12

ALTRI ESITI ANATOMICI DELL'ARTO INFERIORE

N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi

MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100
Accorciamento di 8 cm	15
Accorciamento di 6 cm	12
Esiti di pseudoartrosi di frattura diafisaria del femore	15-20
Esiti in pseudoartrosi di frattura della tibia	10-15
Esiti di in pseudoartrosi di frattura biossea della gamba	15-20

RACHIDE

RACHIDE CERVICALE

N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi

MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100
Artrodesi cervicale, a seconda del numero dei metameri interessati e della complessiva limitazione funzionale, fino alla perdita dei movimenti del capo e del collo	15-25
Esiti di frattura di più corpi vertebrali cervicali, a seconda del numero dei metameri interessati, dei disturbi trofico-sensitivi e del deficit funzionale fino alla perdita dei movimenti del capo e del collo	10-25
Esiti di frattura del dente dell'epistrofeo trattata chirurgicamente con osteosintesi, a seconda del deficit funzionale	12-18
Esiti di frattura vertebrale cervicale con residua deformazione somatica, a seconda del deficit funzionale e dei disturbi trofico-sensitivi	10-12
Ernia del disco cervicale post-traumatica con interessamento radicolare documentato clinicamente e strumentalmente	10-12

RACHIDE DORSALE

N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi

MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100
Artrodesi dorsale (con esclusione di D11 e D12), a seconda del numero dei metameri interessati e della complessiva limitazione funzionale	10-15

Esiti di frattura con cuneizzazione di più corpi vertebrali dorsali, con esclusione di D11 e D12, a seconda dei metameri interessati		10-18
Esiti di frattura del corpo vertebrale di D11 con schiacciamento o residua cuneizzazione		10
Esiti di frattura del corpo vertebrale di D12 da schiacciamento, con residua cuneizzazione		10-12
RACHIDE LOMBARE		
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Artrodesi lombare, a seconda del numero dei metameri interessati e della complessiva limitazione funzionale, fino alla perdita dei movimenti del tronco		15-25
Esiti di frattura di più corpi vertebrali lombari, a seconda del numero dei metameri interessati, dei disturbi trofico-sensitivi e del deficit funzionale fino alla perdita dei movimenti del tronco		10-25
Esiti di frattura di un corpo vertebrale lombare da schiacciamento, con residua cuneizzazione		10-12
Ernia del disco lombare post-traumatica con interessamento radicolare documentato clinicamente e strumentalmente		10-12
DANNO ESTETICO		
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Pregiudizio estetico complessivo da moderato a grave		10-20
Pregiudizio estetico complessivo gravissimo		21-40
TORACE-APPARATO RESPIRATORIO		
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Stenosi nasale completa bilaterale		15
Disfonia severa fino alla perdita completa della voce		26-35
Disfonia di media gravità (intensità della voce costantemente e considerevolmente ridotta per cui il soggetto deve sforzarsi per conferire comprensibilità alle sue parole)		10-25

Tracheotomia con cannula a permanenza, compreso il danno estetico, ma con esclusione di eventuali deficit fonatori e respiratori		15
In caso di menomazioni della funzione respiratoria si farà riferimento alla tabella (allegato 2) di cui al decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38.		
Perdita di un polmone, a seconda del danno alla funzione respiratoria, ma con esclusione di un eventuale danno cardio-circolatorio		25-40
Esiti di exeresi polmonare segmentaria fino alla lobectomia, a seconda del danno respiratorio e della estensione della amputazione		10-18
APPARATO CARDIO CIRCOLATORIO		
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Cardiopatie riconducibili alla II classe NYHA con frazione di eiezione fra 50% e 40%		10-30
Cardiopatie riconducibili alla III classe NYHA con frazione di eiezione fra 39% e 30%		31-60
Cardiopatie riconducibili alla III classe NYHA con frazione di eiezione <30%		61-80
Cardiopatie riconducibili alla classe IV NYHA		81-100
Esiti di intervento chirurgico (endoprotesi) per aneurisma dell'aorta, a seconda della lunghezza del tratto		10-20
APPARATO DIGERENTE		
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi		
LINGUA		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Amputazione parziale della lingua con moderati disturbi funzionali nonché significativi riflessi sulla componente estetica - Stadio 2		10-20
Amputazione parziale della lingua con gravi disturbi funzionali nonché gravi riflessi sulla componente estetica - Stadio 3		21-50
Amputazione sub-totale o totale della lingua con gravissimi disturbi funzionali nonché riflessi sulla componente estetica - Stadio 4		51-65
LABBRA		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100

Perdita del labbro superiore		15
Perdita del labbro inferiore		20
ESOFAGO		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Stenosi esofagee (classe II): restringimento esofageo di media entità con difficoltà a deglutire cibi solidi e dolore toracico intermittente		10-20
Stenosi esofagee (classe III): marcata difficoltà a deglutire cibi solidi e semiliquidi; sono necessari un regime dietetico rigido e dilatazioni saltuarie; la disfagia costante è ovviabile solo con manovre posturali; rientra in questo gruppo l'acalasia		21-35
Stenosi esofagee (classe IV): disfagia completa e conseguente necessità di alimentazione liquida, perdita di peso con gravi ripercussioni sullo stato generale e sulle attività quotidiane; necessità di dilatazioni frequenti		36-60
Stenosi esofagee (classe V): ostruzione serrata che richiede una gastrostomia o l'applicazione di una protesi; l'alimentazione per os è impedita con necessità di nutrizione parenterale; le ripercussioni sullo stato generale e sulle attività quotidiane sono gravissime		61-75
Esofagectomia al terzo superiore con ricostruzione chirurgica (anastomosi su stomaco tubulizzato o con altre metodiche), a seconda dello stato nutrizionale, della capacità di assumere cibo e dei disturbi dell'alvo		30-60
TRATTO GASTROENTERICO		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Tratto gastro-enterico (classe I): patologia stenotica e/o da resezione, comprensiva del danno anatomico, con sintomi saltuari e opportunità di trattamento medico ma senza alterazioni dell'assorbimento		10-15
Tratto gastro-enterico (classe II): patologia stenotica e/o da resezione, comprensiva del danno anatomico, con sintomi subcontinui e necessità di trattamento medico e dietetico. Ripercussioni sullo stato generale e modesto calo ponderale (< 20%)		16-25
Tratto gastro-enterico (classe III): patologia stenotica e/o da resezione, comprensiva del danno anatomico, con sintomi moderati ma continui e necessità di trattamento medico e dietetico. Ripercussioni sullo stato generale e calo ponderale del 20%		26-40
Tratto gastro-enterico (classe IV): patologia stenotica e/o da resezione, comprensiva del danno anatomico, con sintomi rilevanti e costanti e inefficacia del trattamento medico e dietetico. Ripercussioni gravi sullo stato generale e calo ponderale >20%		41-60
Tratto gastro-enterico (classe V): patologia stenotica e/o da resezione, comprensiva del danno anatomico, con sintomi rilevanti e costanti e inefficacia del trattamento medico e dietetico. Ripercussioni gravissime sullo stato generale, calo ponderale inarrestabile. Impossibilità a svolgere la maggior parte delle attività		61-100
Incontinenza dello sfintere anale totale e permanente, con disturbi secondari locali		40
Ano preternaturale, a seconda della localizzazione e dei disturbi secondari locali		35-50

FEGATO		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Infezione cronica da HCV (RNA positivo) senza evidenze laboratoristiche di danno epatico correlato		10
Infezione cronica da HBV con positività HBS AG e anti HBE (HBV DNA positivo e con alterazioni laboratoristiche degli indici di citolisi/citonecrosi epatica)		20
Quadri di epatite cronica con sintomatologia assente o lieve, indice di fibrosi F3 secondo Metavir, moderate alterazioni degli esami di laboratorio		11-15
Quadri di cirrosi cronica con segni e sintomi lievi o moderati, indice di fibrosi F4 secondo Metavir, punteggio CHILD 5-6		16-30
Quadri di cirrosi cronica con segni e sintomi moderati, segni di ipersplenismo (piastrinopenia, splenomegalia, varici esofagee o gastriche o gastropatia congestizia), indice di fibrosi F4 secondo Metavir, punteggio CHILD-PUGH 5-6		35
Quadri di cirrosi cronica con segni e sintomi severi, segni di ipersplenismo (piastrinopenia, splenomegalia, varici esofagee o gastriche o gastropatia congestizia), scompenso (ascite, encefalopatia, ittero), punteggio CHILD-PUGH 7-9		65-75
Quadri di cirrosi cronica con segni e sintomi severi, segni di ipersplenismo (piastrinopenia, splenomegalia, varici esofagee o gastriche o gastropatia congestizia), scompenso (ascite, encefalopatia, ittero), punteggio CHILD-PUGH 10-15		76-90
Esiti di trapianto di fegato con funzionalità epatica conservata		20-35
Esiti di epatectomia parziale (fino a 1/3 dell'organo) con alterazioni biumorali lievi		10-15
Epatectomia fino a 1/3 dell'organo con alterazioni laboratoristiche moderate e comparsa di sintomatologia		16-25
ALTRO APPARATO DIGERENTE		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Laparocoele, dimensioni superiori a cm. 10 x 10		10-15
Splenectomia, in assenza di ripercussioni sulla crasi ematica		10
APPARATO GENITO-URINARIO		
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi		
MENOMAZIONE		Punti di invalidità tra 10 e 100
Perdita di un rene, con rene superstite normofunzionante		15
Insufficienza renale cronica con clearance della creatinina fra 60 e 80 ml/min, a seconda dei livelli di creatininemia e di azotemia		10-20

Insufficienza renale cronica con clearance della creatinina fra 40 e 60 ml/min, a seconda dei livelli di creatininemia, di azotemia e di anemia	21-35
Insufficienza renale cronica con clearance della creatinina fra 20 e 40 ml/min, a seconda dei livelli di creatininemia, di azotemia, di proteinuria e di pressione arteriosa	36-60
Insufficienza renale con necessità di trattamento dialitico, a seconda dei disturbi	61-80
Trapianto renale, a seconda della funzionalità renale e delle manifestazioni secondarie alla terapia adottata	30-60
Ritenzione cronica di urine con accertato residuo vescicale, senza necessità di cateterismo	10
Ritenzione cronica di urine con necessità di cateterismi periodici, a seconda della frequenza, fino alla necessità di catetere a dimora	11-30
Incontinenza urinaria totale	30
APPARATO GENITALE MASCHILE	
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi	
MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100
Evirazione (impotenza coeundi e generandi) in epoca prepubere, a seconda delle ripercussioni sui tratti somatici e sulla psiche	41-60
Evirazione (impotenza coeundi e generandi) in epoca postpubere, a seconda dell'età e delle ripercussioni sulla psiche	20-40
APPARATO GENITALE FEMMINILE	
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi	
MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100
Isteroannessiectomia bilaterale e impossibilità al coito (impotenza coeundi e generandi) in epoca prepubere, a seconda delle ripercussioni sui tratti somatici e sulla psiche	36-52
Isteroannessiectomia bilaterale e impossibilità al coito (impotenza coeundi e generandi) in epoca postpubere, a seconda dell'età e delle ripercussioni sulla psiche	17-35
GHIANDOLE ENDOCRINE	
N.B. La valutazione del danno permanente deve far riferimento alle indicazioni contenute nei criteri applicativi	
MENOMAZIONE	Punti di invalidità tra 10 e 100
Ipopituitarismo anteriore con insufficiente controllo terapeutico e persistenza di segni e sintomi rilevanti; a seconda della gravità delle manifestazioni	31-60

Ipopituitarismo anteriore con sufficiente controllo terapeutico; a seconda dell'età del lesa e dei risultati ottenuti dalla terapia sui sintomi e sulle funzioni		10-30
Diabete insipido post-traumatico; forme con controllo farmacologico incompleto, a seconda della quantità della poliuria		10-25
Ipotiroidismo; forme con parziale controllo funzionale		15-20
Ipoparatiroidismo da difetto totale di PTH con insufficiente controllo terapeutico; a seconda del numero delle crisi di ipocalcemia in corso di trattamento		10-30
Insufficienza surrenalica, dalla forma asintomatica a quella con necessità di aggiustamenti terapeutici in occasione di affezioni acute e variazioni climatiche		10-15
Insufficienza surrenalica, forme con insufficiente controllo terapeutico e crisi addisoniane; a seconda della frequenza delle crisi		16-60
Insufficienza surrenalica, forme gravi, non rispondenti alla terapia, con persistente e rilevante squilibrio idro-elettrolitico e crisi addisoniane molto frequenti		61-90
Diabete mellito non insulino-dipendente, in scarso controllo glicemico, con moderata sintomatologia ma complicanze sistemiche		11-25
Diabete mellito insulino-dipendente, in buon compenso e senza segni di ripercussioni sistemiche; a seconda dell'età del lesa e dell'incidenza sulla qualità della vita		10-30
Diabete mellito mal controllato dalla terapia insulinica, con alterazioni metaboliche e sintomi correlati, indipendentemente da patologie secondarie di altri organi, a seconda della entità delle manifestazioni (complicanze lievi, moderate, gravi)		31-60

TABELLA DEI VALORI ECONOMICI PER MACROINVALIDITÀ

1. DETERMINAZIONE DEI COEFFICIENTI MOLTIPLICATORI DEL PUNTO

Il risarcimento a titolo di danno non patrimoniale si basa sulla determinazione del valore pecuniario da attribuire ad ogni singolo punto di invalidità comprensivo dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto leso, tenuto conto dei criteri di valutazione del danno non patrimoniale ritenuti congrui dalla consolidata giurisprudenza di legittimità, secondo determinati principi e criteri:

a) i valori economici delle singole invalidità devono essere determinati con il sistema del punto variabile in funzione dell'età e del grado di invalidità, con conseguente incremento del valore economico del punto all'aumentare dell'invalidità e suo decremento al crescere dell'età del danneggiato;

b) il valore economico del punto deve essere crescente rispetto alla percentuale di invalidità con un'incidenza più che proporzionale rispetto all'aumentare percentuale assegnato ai postumi (moltiplicatore biologico del valore del punto base);

c) il valore economico del punto deve essere decrescente rispetto all'età del soggetto, sulla base delle tavole di mortalità elaborate dall'ISTAT, al tasso di rivalutazione pari all'interesse legale (demoltiplicatore demografico del valore del punto base);

d) la componente di danno biologico deve essere incrementata in via percentuale e progressiva per punto (moltiplicatore per danno morale), per considerare la componente di danno morale, richiesto ai fini della personalizzazione complessiva della liquidazione.

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.

Il risultato ottenuto per la determinazione dei coefficienti da applicare è quello di Tavola 1. Non sono invece riportati in tabella i coefficienti relativi ai punti di invalidità da 1 a 9, che restano quelli direttamente stabiliti dal Codice delle assicurazioni private, considerato che agli stessi non si applica per la determinazione dei valori economici di risarcimento di cui al presente allegato, bensì le specifiche prescrizioni al riguardo contenute nell'articolo 139 del medesimo codice.

Occorre precisare che, come dato economico di base, si considera il valore previsto dall'art. 139, comma 1, lettera a), ultimo periodo, del Codice per il primo punto di invalidità all'età zero (€ 795,91 al 2014, aggiornato a decorrere dal mese di aprile 2019 a € **814,27** ai sensi del comma 5 del medesimo articolo 139 del Codice, con decreto del Ministro dello sviluppo economico 22 luglio 2019, pubblicato nella Gazzetta

ufficiale della Repubblica italiana n. 189 del 13 agosto 2019) e non il punto base utilizzato dalla giurisprudenza di merito milanese. L'indicazione nella recente novella legislativa del predetto articolo 19, invece dell'originario importo del 2005, pari ad euro 674,78, dell'importo di euro 795,91 (che è esattamente l'importo aggiornato ad aprile 2014 dal decreto del Ministro dello sviluppo economico 20 giugno 2014), va infatti interpretata nel contesto normativo (e tenuto conto del momento della prima elaborazione di tale proposta di modifica, pur se successivamente non aggiornata), come indicazione dell'intenzione del legislatore di confermare l'importo vigente con tutti i suoi relativi aggiornamenti e non certo di abrogare gli aggiornamenti successivi al 2015;

TAVOLA 1 – COEFFICIENTE MOLTIPLICATORE BIOLOGICO DEL PUNTO

Punto % I.P.	CM Danno biologico						
		26	4,717	51	7,468	76	9,574
		27	4,841	52	7,564	77	9,646
		28	4,964	53	7,660	78	9,716
		29	5,085	54	7,754	79	9,786
		30	5,205	55	7,847	80	9,854
		31	5,324	56	7,939	81	9,922
		32	5,442	57	8,030	82	9,988
		33	5,558	58	8,121	83	10,054
		34	5,673	59	8,210	84	10,118
10	2,473	35	5,788	60	8,298	85	10,182
11	2,638	36	5,901	61	8,385	86	10,245
12	2,798	37	6,013	62	8,471	87	10,306
13	2,952	38	6,123	63	8,556	88	10,367
14	3,102	39	6,233	64	8,641	89	10,427
15	3,249	40	6,342	65	8,724	90	10,485
16	3,393	41	6,450	66	8,806	91	10,543
17	3,534	42	6,556	67	8,887	92	10,600
18	3,673	43	6,662	68	8,968	93	10,656
19	3,809	44	6,766	69	9,047	94	10,711
20	3,944	45	6,869	70	9,125	95	10,764
21	4,077	46	6,972	71	9,203	96	10,817
22	4,208	47	7,073	72	9,279	97	10,869
23	4,338	48	7,173	73	9,354	98	10,920
24	4,466	49	7,273	74	9,429	99	10,970
25	4,592	50	7,371	75	9,502	100	11,019

1A. DETERMINAZIONE MOLTIPLICATORE DANNO MORALE

La tabella unica nazionale deve indicare separatamente la componente del danno morale e quella del danno biologico, al fine di tener conto della più recente giurisprudenza di legittimità che si è espressa sull'argomento.

In ossequio al dettato normativo, il risarcimento da danno morale è rappresentato da una percentuale (moltiplicatore per danno morale), in aumento di quello da danno biologico, crescente all'aumentare di ogni punto di invalidità, tenuto conto di quanto previsto dalle tabelle sulle invalidità applicate nei distretti giudiziari di Milano e Roma. Tuttavia, in luogo di prevedere incrementi risarcitori per danno morale ancorati a scaglioni di gradi di invalidità permanente, si è preferito, ancora in ossequio al dettato normativo, attribuire distinti incrementi risarcitori per ciascun grado di invalidità.

Al fine di garantire una specifica personalizzazione del danno, sono state previste, in analogia con quanto stabilito dalla tabella adottata dal Tribunale di Roma, fasce di oscillazione in aumento o diminuzione dei valori incrementali previsti.

TAVOLA 1A - COEFFICIENTE MOLTIPLICATORE PER DANNO MORALE

Punto % I.P.	CM Danno morale			Punto % I.P.	CM Danno morale			Punto % I.P.	CM Danno morale			Punto % I.P.	CM Danno morale		
	min	med	max												
				26	0,332	0,382	0,432	51	0,406	0,456	0,506	76	0,458	0,508	0,558
				27	0,336	0,386	0,436	52	0,408	0,458	0,508	77	0,460	0,510	0,560
				28	0,340	0,390	0,440	53	0,410	0,460	0,510	78	0,462	0,512	0,562
				29	0,343	0,393	0,443	54	0,413	0,463	0,513	79	0,464	0,514	0,564
				30	0,347	0,397	0,447	55	0,415	0,465	0,515	80	0,466	0,516	0,566
				31	0,350	0,400	0,450	56	0,417	0,467	0,517	81	0,468	0,518	0,568
				32	0,353	0,403	0,453	57	0,420	0,470	0,520	82	0,469	0,519	0,569
				33	0,357	0,407	0,457	58	0,422	0,472	0,522	83	0,471	0,521	0,571
				34	0,360	0,410	0,460	59	0,424	0,474	0,524	84	0,473	0,523	0,573
10	0,210	0,260	0,310	35	0,363	0,413	0,463	60	0,426	0,476	0,526	85	0,475	0,525	0,575
11	0,241	0,291	0,341	36	0,366	0,416	0,466	61	0,428	0,478	0,528	86	0,476	0,526	0,576
12	0,253	0,303	0,353	37	0,369	0,419	0,469	62	0,430	0,480	0,530	87	0,478	0,528	0,578
13	0,263	0,313	0,363	38	0,372	0,422	0,472	63	0,433	0,483	0,533	88	0,480	0,530	0,580
14	0,271	0,321	0,371	39	0,375	0,425	0,475	64	0,435	0,485	0,535	89	0,482	0,532	0,582
15	0,278	0,328	0,378	40	0,377	0,427	0,477	65	0,437	0,487	0,537	90	0,483	0,533	0,583
16	0,285	0,335	0,385	41	0,380	0,430	0,480	66	0,439	0,489	0,539	91	0,485	0,535	0,585
17	0,291	0,341	0,391	42	0,383	0,433	0,483	67	0,441	0,491	0,541	92	0,487	0,537	0,587
18	0,296	0,346	0,396	43	0,386	0,436	0,486	68	0,443	0,493	0,543	93	0,488	0,538	0,588
19	0,302	0,352	0,402	44	0,388	0,438	0,488	69	0,445	0,495	0,545	94	0,490	0,540	0,590
20	0,307	0,357	0,407	45	0,391	0,441	0,491	70	0,447	0,497	0,547	95	0,492	0,542	0,592
21	0,311	0,361	0,411	46	0,393	0,443	0,493	71	0,449	0,499	0,549	96	0,493	0,543	0,593
22	0,316	0,366	0,416	47	0,396	0,446	0,496	72	0,451	0,501	0,551	97	0,495	0,545	0,595
23	0,320	0,370	0,420	48	0,398	0,448	0,498	73	0,453	0,503	0,553	98	0,497	0,547	0,597
24	0,324	0,374	0,424	49	0,401	0,451	0,501	74	0,455	0,505	0,555	99	0,498	0,548	0,598
25	0,328	0,378	0,428	50	0,403	0,453	0,503	75	0,456	0,506	0,556	100	0,500	0,550	0,600

2. COEFFICIENTE DEMOLTIPLICATORE DEMOGRAFICO DI RIDUZIONE PER L'ETÀ

Occorre considerare che per le invalidità superiori al 9%, l'art.138 del Codice prevede espressamente che *il valore economico del punto è funzione decrescente dell'età del soggetto, sulla base delle tavole di mortalità elaborate dall'ISTAT, al tasso di rivalutazione pari all'interesse legale.*

Per determinare i coefficienti correttivi si è proceduto nel modo seguente.

- ◆ Il demoltiplicatore è stato determinato tenendo conto delle tavole di mortalità 2019 pubblicate dall'ISTAT, combinando la componente demografica e finanziaria attraverso il calcolo delle rendite vitalizie anticipate al tasso di interesse legale (**0,05%**, fissato con d.m. 12.12.2019). A partire da questo valore, si è calcolato poi il rapporto tra la rendita di un'età e quella dell'età precedente, moltiplicato per un fattore costante di riduzione pari a quello adottato nel CAP all'art. 139 per le lesioni di lieve entità (-0,005), nonché dal tribunale di Milano. Assumendo che al primo anno di età il valore del demoltiplicatore sia pari ad 1, si va nei successivi anni ad abbattere progressivamente questo valore.

TAVOLA 2 - COEFFICIENTE DI RIDUZIONE PER L'ETÀ

Età	Coefficiente di riduzione						
0	-	26	0,877	52	0,749	78	0,625
1	1,000	27	0,872	53	0,745	79	0,620
2	0,995	28	0,867	54	0,740	80	0,615
3	0,990	29	0,862	55	0,735	81	0,611
4	0,985	30	0,857	56	0,730	82	0,606
5	0,980	31	0,852	57	0,725	83	0,601
6	0,975	32	0,847	58	0,720	84	0,597
7	0,970	33	0,842	59	0,716	85	0,592
8	0,965	34	0,837	60	0,711	86	0,587
9	0,960	35	0,833	61	0,706	87	0,583
10	0,956	36	0,828	62	0,701	88	0,578
11	0,951	37	0,823	63	0,696	89	0,573
12	0,946	38	0,818	64	0,691	90	0,569
13	0,941	39	0,813	65	0,687	91	0,564
14	0,936	40	0,808	66	0,682	92	0,560
15	0,931	41	0,803	67	0,677	93	0,555
16	0,926	42	0,798	68	0,672	94	0,550
17	0,921	43	0,793	69	0,667	95	0,546
18	0,916	44	0,788	70	0,663	96	0,541
19	0,911	45	0,784	71	0,658	97	0,537
20	0,906	46	0,779	72	0,653	98	0,533
21	0,901	47	0,774	73	0,648	99	0,529
22	0,896	48	0,769	74	0,644	100	0,526
23	0,891	49	0,764	75	0,639		
24	0,887	50	0,759	76	0,634		
25	0,882	51	0,754	77	0,629		

3. ESEMPIO DI CALCOLO DEL RISARCIMENTO

Individuo di 35 anni di età con un'invalidità del 50%:

=> Il valore del punto base è sempre il primo punto di invalidità all'età zero: **€. 814,27**;

=> Dalle Tavole 1 e 1 A si ricava che il coefficiente moltiplicatore del danno biologico per 50 punti di invalidità è **7,371**, con incremento percentuale per danno morale (valore medio) di **0,453**;

=> Dalla Tavola 2 si ricava che il coefficiente di riduzione per età di una persona di 35 anni è pari a **0,833**;

calcolo:

- il valore economico iniziale è dato da
 $814,27 * 7,371 = \mathbf{6.001,98}$ (punto biologico)

- il danno morale è dato da:
 $6.001,98 * (1+0,453) = \mathbf{8.720,88}$ (punto danno non patrimoniale)

- il valore economico del danno non patrimoniale è dato da:
 $8.720,88 * 50 * 0,833 = \mathbf{363.224,65}$