Marco Frigessi di Rattalma Paolo Mariotti Carlo Galantini
(a cura di)

NON AUTOSUFFICIENZA E NUOVE TUTELE, DANNO ALLA PERSONA

Assicurazioni LTC e prospettive del welfare, Tabella Unica Nazionale

Atti del Convegno dell'Associazione Internazionale di Diritto delle Assicurazioni

- Sezione Lombarda -

Con i contributi di:
Roberto Pontremoli Dario Focarelli Marco Frigessi di Rattalma Giampaolo Crenca Enrico Bortolazzi Carlo Galantini Paolo Donato Giulio Ponzanelli Riccardo Zoia Damiano Spera Paolo Mariotti Leonardo Simonelli

REVELINO Editore

Coordinamento e Struttura Editoriale

Antonio Revelino

© Copyright 2026 by Revelino Editore S.r.l.

Bologna, Via Giuseppe Dagnini, 13
www.revelinoeditore.it
E– mail: info@revelinoeditore.it

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.
Gli Autori e l'Editore declinano ogni responsabilità per eventuali errori e/o inesattezze relativi alla elaborazione dei testi normativi e per l'eventuale<modifica e/o variazione degli schemi e della modulistica allegati.
Gli Autori, pur garantendo la massima affidabilità dell'opera, non rispondono di danni derivanti dall'uso dei dati e delle notizie ivi contenuti.
L'Editore non risponde di eventuali danni causati da involontari refusi o errori di stampa.

Finito di stampare nel mese di ottobre 2026

Indice

CAPITOLO I Riflessioni introduttive (Dott. Roberto Pontremoli)… Pag. 7

1.1. Diminuzione della forza di lavoro giovanile e aumento del numero degli anziani, introducono il problema del conflitto generazionale…… » 7

1.2. La Commissione Europea e le sue raccomandazioni…….. » 8

1.3. Recepimento delle raccomandazioni in Italia……. » 8

1.4. Numerosità degli anziani non autosufficienti……. » 9

1.5. Funzionamento del sistema sanitario…….. » 10

1.6. Lavoratori italiani con focus su medici ed infermieri……. » 11

1.7. Autonomia differenziata nelle regioni……. » 11

1.8. Problema della denatalità……. » 11

1.9. Strategia generale…… » 12

1.10. Bibliografia…… » 13

1.11. Sitografia…… » 13

CAPITOLO II Evoluzione demografica e nuovi bisogni di protezione: il ruolo dell'assicurazione nella copertura dei rischi di non autosufficienza (Dott. Dario Focarelli)…….…….. » 15

2.1. Risparmio, longevità e rischio di non autosufficienza…… » 15

2.2. Il caso italiano: ricchezza, risparmio assicurativo e invecchiamento…… » 18

2.3. Dal risparmio alla protezione: rendite e LTC…….. » 19

2.4. Domanda del Dott. Roberto Pontremoli……. » 19

CAPITOLO III Affrontare la non autosufficienza attraverso un'assicurazione obbligatoria privata: prospettive, modelli europei e sfide per l'Italia (Prof. Marco Frigessi di Rattalma)…… » 23

3.1. Introduzione: il problema della non autosufficienza e la crisi del modello di welfare tradizionale…… » 23

3.2. Quadro attuale in Italia: interventi pubblici frammentati e limiti di sostenibilità……. » 24

3.3. Esperienze europee: Germania, Francia e Paesi Bassi…… » 24

3.4. L'ipotesi di un'assicurazione obbligatoria privata: principi, vantaggi e criticità……. » 26

3.5. Il ruolo dei fondi sanitari integrativi e dei fondi pensione……. » 28

3.6. Prospettive di attuazione e conclusioni…… » 32

CAPITOLO IV La copertura del rischio di non autosufficienza in forma individuale e collettiva: Fondi Sanitari Integrativi, Casse di Previdenza, Fondi Pensione, Assicurazioni. Profili tecnico-attuariali (Prof. Giampaolo Crenca)…… » 35

CAPITOLO V La non autosufficienza tra welfare pubblico e iniziativa privata: profili giuridici e prospettive di riforma (Dott. Enrico Bortolazzi)…… Pag. 47
5.1. Invecchiamento della popolazione e pressione sul welfare…. » 48
5.2. Educazione assicurativa e finanziaria: un ritardo strutturale… » 48
5.3. Strumenti privati e criticità dell'attivazione individuale……. » 49
5.4. Previdenza complementare e sinergia con le coperture LTC.. » 50
5.5. Una sfida sociale, non solo finanziaria…… » 50
5.6. Conclusioni……. 51
CAPITOLO VI Profili giuridici dell'assicurazione Long Term Care (LTC): modelli contrattuali e tutela dell'assicurato (Avv. Carlo Galantini)…….. » 53
CAPITOLO VII Il diritto alla cura nella non autosufficienza tra obblighi costituzionali e limiti della finanza pubblica: analisi della giurisprudenza (Avv. Paolo Donato)…… » 65
CAPITOLO VIII La Tabella Unica Nazionale: ambito applicativo e prospettive future (Prof. Giulio Ponzanelli)…… » 75
8.1. Introduzione: la centralità della quantificazione del danno, sia patrimoniale sia non patrimoniale……..… » 75
8.2. Il passaggio da un sistema di valutazione del danno ex post ad una valutazione ex ante…… » 77
8.3. Il consolidamento delle Tabelle Giudiziali e l'intervento del Codice delle Assicurazioni (2005)…… » 78
8.4. La stagione della c.d. supplenza giudiziale…….. 80
8.5. I problemi posti dal DPR12/2025: generalità, retroattività e non digressione…….. » 80
8.6. Alcune brevi conclusioni sulla sostenibilità……. 82
CAPITOLO IX Il ruolo del medico legale nella liquidazione del danno macropermanente (Prof. Riccardo Zoia)…… » 85
CAPITOLO X La tabella unica nazionale per le invalidità macropermanenti: profili giuridici, medico legali e assicurativi (Dott. Damiano Spera). » 91
10.1. Il parere del Consiglio di Stato n. 1282/2024……. » 92
10.2. Sostenibilità del sistema e tutela del consumatore…… » 92
10.3. Corte Costituzionale, sent. n. 235/2014…….. » 92
10.4. La tabella milanese come strumento di equilibrio……. » 93
10.5. Art. 138 comma 2 e sentenza Amatucci n 12408/2011»…… » 94
10.6. Danno morale/sofferenza soggettiva interiore…… » 94

10.7. T.U.N. e modello romano: un confronto parziale e inadeguato… Pag. 95
10.8. Distonia dei valori monetari tra tabella romana e TUN……. 95
10.9. L'incremento marginale: principio disatteso (anche) nella tabella romana…….. » 96
10.10. Il legislatore e la progressione «più che proporzionale»…. » 96
10.11. Le gravi incoerenze matematiche della tabella romana…… » 97
10.12. La T.U.N. è applicabile anche in mancanza della «tabella delle menomazioni» comprese tra dieci e cento punti?..... » 97
10.13. Le «buone pratiche cliniche», approvate dalla S.I.M.L.A., di valutazione medico legale delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità permanente……. » 98
10.14. Le curve dei valori monetari della T.U.N. nel D.P.R. 13.1.2025, n. 12……. » 99
10.15. Il valore monetario del punto di invalidità…… » 99
10.16. TUN e Tabella milanese: confronto solo tra i valori del danno biologico/dinamico relazionale……. » 100
10.17. Le convergenze dei valori monetari tra TUN e tabella milanese.. » 104
10.18. Un esempio concreto con applicazione della Tabella milanese…. » 105
10.19. Lo stesso esempio concreto con applicazione della T.U.N…… » 105
10.20. La TUN segna la fine della "supplenza" della «Tabella milanese»?..... » 106
10.21. La TUN si applica, quindi, solo ai sinistri ex titolo 10 Codice delle assicurazioni private e ai casi di malpractice medica ex art. 7, comma 4, L. n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli-Bianco)……. » 106
10.22. La TUN come criterio equitativo applicabile oltre i suoi limiti?... » 107
10.23. Cass. sent. 29.4.2025 n. 11319 (Frasca-Iannello) *obiter dictum* sull'applicazione della T.U.N…… » 108
10.24. Cassazione, ord. n 24349 del 2.9.2025 (Scrima-Graziosi).. » 109
10.25. Cassazione, sent. n. 26826 del 6.10.2025 (Pres. est. Travaglino)…. » 110
10.26. Il futuro della tabella milanese…….. » 111
10.27. Tribunale Milano, ord. 18.7.25 n. 4915-2025 sul rinvio pregiudiziale alla Corte di Cassazione art 363bis…… » 111
10.28. Condizioni di proponibilità del rinvio pregiudiziale ex art. 363-bis c.p.c…… » 112
10.29. La dottrina e la giurisprudenza favorevole ad una applicazione generale della T.U.N. e, quindi, anche agli incidenti stradali verificatisi prima del 5 marzo 2025…….. » 115

10.30. La dottrina e la giurisprudenza di merito contraria ad un'applicazione generale della T.U.N. e, quindi, anche agli incidenti stradali verificatisi prima del 5.3.2025…….. Pag. » 117
10.31. I quesiti posti alla Corte di Cassazione…… » 124
10.32. Il decreto di ammissibilità emesso dal Primo Presidente della Cassazione…….. » 125
CAPITOLO XI Il diritto alla salute, Costituzione e tetti risarcitori (Avv. Paolo Mariotti)…… » 127
11.1. TUN: diritto alla salute, Costituzione e tetti risarcitori……. » 127
11.2. La giurisprudenza costituzionale…… » 127
11.3. La sentenza numero 837/1971…… » 128
11.4. La sentenza numero 132/1985…… » 129
11.5. La sentenza numero 235/2014…… » 129
11.6. L'interesse generale nella RC sanitaria……. » 131
11.7. La prevedibilità delle sentenze…….. » 131
CAPITOLO XII L'opinione degli Assicuratori sulla T.U.N. (Dott. Leonardo Simonelli)…… » 133
12.1. TUN e non autosufficienza: un nesso imprescindibile……. » 133
12.2. Il ruolo del mercato assicurativo e il contesto numerico….. » 134

CAPITOLO I

Riflessioni introduttive

(Dott. Roberto Pontremoli)

SOMMARIO 1.1. Diminuzione della forza di lavoro giovanile e aumento del numero degli anziani, introducono il problema del conflitto generazionale – 1.2. La Commissione Europea e le sue raccomandazioni – 1.3. Recepimento delle raccomandazioni in Italia – 1.4. Numerosità degli anziani non autosufficienti – 1.5. Funzionamento del sistema sanitario – 1.6. Lavoratori italiani con focus su medici ed infermieri – 1.7. Autonomia differenziata nelle regioni – 1.8. Problema della denatalità – 1.9. Strategia generale – 1.10. Bibliografia – 1.11. Sitografia.

1.1. Diminuzione della forza di lavoro giovanile e aumento del numero degli anziani, introducono il problema del conflitto generazionale

Da tempo vengono rilevati dati piuttosto preoccupanti riguardo il cosiddetto inverno demografico. Nel 2024, secondo gli ultimi dati ISTAT, il **saldo naturale** in Italia è di **-281 mila unità**, quindi 281 mila nascite in meno rispetto ai decessi, solo parzialmente coperte da flussi migratori.

Si sottolinea contestualmente un **invecchiamento della popolazione** e la riduzione della dimensione media delle famiglie. L'Italia **perde giovane forza di lavoro** (dal 2004 al 2022 c'è stata una riduzione di 2,4 milioni di occupati tra i 15 ed i 34anni), si prevede inoltre, entro il 2040 una perdita totale di 5 milioni di lavoratori. Nel frattempo, nella fascia di lavoratori tra i 50 ai 64 anni, il numero è quasi raddoppiato.

Questa tendenza mette in **crisi prospettica il sistema di WELFARE.** Anche perché comparativamente il **numero di pensionati di tarda età aumenta**, incrementando **l'indice di dipendenza**, attualmente pari a

57.6 % (dato superiore alla media EU, dal 2004 al 2024 è aumentato di 7.6 punti percentuali). La politica, nonostante sia piuttosto inerme, si rende conto della situazione. Il ministro **Giorgetti** ha recentemente affermato: "*con l'attuale tasso di natalità del Paese il sistema pensionistico non regge!"*

1.2. La Commissione Europea e le sue raccomandazioni

La Commissione Europea, presieduta da Ursula Von der Leyen, ha raccomandato quanto segue sul tema LONG TERM CARE (LTC):

"*The Commission recommends that Member States draw up national action plans to make care in the EU more available, accessible and of better quality for all, for instance by: ensuring* *that long-term care is timely,* ***comprehensive and affordable****, allowing a decent standard of living for people with long-term care needs" […]* ***increasing the offer*** *and mix of professional long-term care services*." […] *(homecare, community-based care and residential care) […], close territorial gaps in the access to long-term care, roll-out accessible digital solutions in the provision of care services, and ensure that long-term care services and facilities are accessible to people with disabilities" […]*

In sintesi si richiede di procedere a misure per predisporre un invecchiamento attivo e che promuova la dignità degli anziani non autosufficienti. Ciascun paese europeo ha

scelto una forma diversa nell'affrontare il problema delle persone non autosufficienti.

1.3. Recepimento delle raccomandazioni in Italia

La raccomandazione è stata recepita dall'Italia nell'anno 2023 nei contenuti della legge 33, approvata il 23 marzo 2023, all'art.3 comma 1) si dice: "*Il Governo è delegato ad adottare, entro il 31 gennaio 2024 [...] uno o più decreti legislativi finalizzati a* ***definire la persona anziana***

*e a promuoverne la **dignità** e l'**autonomia**, l'inclusione sociale, **l'invecchiamento attivo** e la **prevenzione** della fragilità, anche con riferimento alla condizione di disabilità [...]".*

Nello stesso articolo si fa riferimento anche al PNRR (*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)* che era stato approvato nel 2021 per rilanciare l'economia degli stati EU dopo la pandemia di COVID 19, ossia il piano da 750 miliardi di euro, *Next Generation EU*, di cui 170 miliardi attribuiti all'Italia.

Questo è l'impegno preso anche dagli altri Paesi europei che hanno provveduto ad attuare un programma di assistenza molto articolato. Tuttavia dobbiamo rilevare che l'impegno che avrebbe dovuto trovare realizzazione entro il mese di gennaio 2024 sembra per il momento non essere stato realizzato.

Nel progetto generale va incluso anche il tema della creazione delle case di comunità previste nel PNRR. **Se le case di comunità fossero create** su un progetto unico economico potrebbero consentire all'Europa di fruire di un servizio uniforme e riconoscibile su tutto il territorio. Basata sulla possibilità di costruire, strutture prefabbricate (con riduzione dei costi fino al 40%) identiche per ogni Stato europeo, consentirebbe all'E.U. di essere dotata di forze di pronto intervento sull'intera area EU, in tema LTC ma non solo. Le esperienze mediche maturate, potrebbero essere condivise e discusse su tutto il territorio europeo.

1.4. Numerosità degli anziani non autosufficienti

In Italia secondo gli ultimi dati Istat del 2021 circa **3 milioni e novecentomila anziani over 65 sono non autosufficienti, ossia il 30% della totale popolazione over 65**. Secondo le stime diventeranno **5 milioni** nel 2030.

Il nostro PNRR, senza attribuire risorse economiche, sembra richiamare alla luce a quasi 35 anni di distanza la proposta fatta dalla "*Commissione Onofri*" (del 1997) che appariva già allora essere in coda agli altri paesi europei in tema di politiche sociali.

Per nostra fortuna le nostre università hanno cominciato ad osservare quanto si sta facendo negli altri paesi dell'Unione Europea, per cercare di ottenere un'assistenza completa agli anziani non autosufficienti.

Segnalo il centro studi dell'Università Bocconi CERGAS e il centro studi del Politecnico di Milano, che da anni si preoccupano di studiare il problema del settore LTC. In particolare il centro CERGAS pubblica da sette anni report con dati e analisi comparative sull'Italia e altri paesi europei. Tra questi Francia, Svezia e Germania.

In particolare la Germania aveva istituito un'assicurazione per la non autosufficienza (*Pflegeversicherung*) nel 1995, che prevedeva di sostenere i cittadini non autosufficienti in diverse maniere. Inizialmente fornendo assistenza domiciliare, ed in seguito anche presso delle apposite case di cura. Nel 2009 il governo tedesco ha introdotto l'obbligatorietà dell'assicurazione sanitaria, su cui si basa quella sulla LTC, nonché l'aumento dell'aliquota di contribuzione.

Il finanziamento dell'assicurazione per i non autosufficienti è stato nel 2018 pari a 37.7 miliardi di euro, pari all'1.1% del PIL. Circa il 55% della spesa totale è utilizzata per l'assistenza domiciliare (presso la propria casa), mentre il 43% per l'assistenza residenziale (cioè presso strutture specializzate).

L'attuale programma italiano, non menziona in alcuna sua parte il ruolo dell'assicurazione che è invece **direttamente coinvolto** in **Germania** che ha stabilito **nel 2009** l'obbligo per ogni lavoratore di stipulare, unitamente al datore di lavoro, la polizza per tutta la sua vita lavorativa. Promuovendo una virtuosa collaborazione tra pubblico e privato.

1.5. Funzionamento del sistema sanitario

Se osserviamo il funzionamento dell'attuale sistema sanitario nazionale, che in tempi non troppo lontani veniva additato con ammirazione per la capacità di risolvere le problematiche mediche della popolazione, così come ora è **additato per la lentezza** degli interventi e per l'incapacità diffusa nella loro soluzione (affidata ai mezzi individuali del singolo).

Inoltre, secondo il centro studi Cergas della Bocconi tra (2019-2021) soltanto il 29.8 % degli over 65 non autosufficienti hanno ricevuto dei servizi socio-sanitari pubblici.

1.6. Lavoratori italiani con focus su medici ed infermieri

Da anni si evince un esodo di medici ed infermieri, alla ricerca di **lavori meglio remunerati e con minori turnover all'estero.** Svizzera, Germania, Olanda e Norvegia hanno accolto medici ed infermieri italiani offrendo remunerazioni e condizioni di vita e sicurezza ampiamente superiori a quelle disponibili in Italia. **Più recentemente si dirigono verso il medio-oriente, ad esempio in Qatar.**

1.7. Autonomia differenziata nelle regioni

L'iniziativa di consentire un'**autonomia differenziata** ad alcune Regioni sta suscitando la contrarietà di molti esponenti politici così come dalla parte sindacale.

Si auspica una centralizzazione delle valutazioni onde evitare grosse differenze delle invalidità prodotte sul lavoro.

1.8. Problema della denatalità

Come affermato in precedenza la **diminuzione** delle **nascite** congiunta ad un **contemporaneo aumento del numero degli anziani non autosufficienti** contribuisce ad inasprire la sostenibilità delle pensioni e dell'assistenza sanitaria, generando un conflitto generazionale non indifferente.

Il problema della diminuzione delle **nascite in Francia negli anni 60** era della stessa dimensione. Il governo intervenne con decisione (con una serie di disposizioni di legge per l'aiuto alle madri nella prima età, con aiuti in denaro, con deduzioni fiscali etc.) superando negli anni il problema.

Ora persino la Francia sembrerebbe cedere un po' a questo trend negativo, palesando pertanto una necessità congiunta europea per un piano a sostegno della natalità e della famiglia.

La diminuzione delle nascite comporta necessariamente un'ulteriore preoccupazione per i governanti, che dovranno **in anticipo prevedere la mancanza della sufficiente forza lavoro per una serie di attività.** Pertanto sarà necessario, nonché conveniente ricorrere all'aiuto di **migranti** specializzati, **istruiti preventivamente in italiano** con programmi formativi.

1.9. Strategia generale

Nella collaborazione tra Stato e industria assicurativa, si rileva l'importanza strategica dell'assistenza domiciliare, altresì definito "*ageing in place*". In parallelo bisognerà rivalutare e potenziare cliniche e strutture residenziali per anziani. Non è un caso che il 20 novembre 2025 la famiglia De Benedetti, comprendendo il forte potenziale del settore sanitario-assistenziale, abbia acquistato il 40% delle cliniche del Gruppo KOS.

Sarà dunque importante rilevare l'orientamento delle compagnie di assicurazione, attraverso l'intervento del DG di ANIA, Dott. Focarelli, nonché ascoltare il punto di vista essenziale degli attuari, tramite la voce del prof. Crenca, principal di Crenca e Associati e membro di EURACS. Seguirà il discorso del prof. Frigessi sulle esigenze future dell'Europa Unita dal punto di vista del Diritto.

Un ringraziamento per la collaborazione al nipote Dott. Matteo Terragni

1.10. Bibliografia

- *L'assicurazione per la non-autosufficienza in Germania,* Centro Europa Ricerche, ottobre 2020
- 2023-2024 report "*La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo periodo. Sesto Rapporto Osservatorio Long Term Care*", Egea, 2024
- 2024-2025 report "*Il settore Long Term Care tra connessioni, interdipendenze e necessità di integrazione*", Egea, 2025

1.11. Sitografia

- Costanzo Ranci, "*La riforma del long term care e il PNRR*", Welforum, 2021
- Foad Aodi, "*Fughe all'estero: oltre 11.720 sanitari da gennaio 2023 intenzionati a lasciare l'Italia. L'identikit di chi sogna un lavoro più gratificante oltreconfine*", Sole24ore, 2024
- "*Giorgetti, con questa natalità il sistema pensioni non regge*", Ansa, 2023
- "*Popolazione e società*", ISTAT, 2025
- Valentina Melis, "*Nel 2030 un italiano ogni 12 sarà anziano e non autosufficiente: più cure a casa e meno Rsa*", Sole24ore, 2021
- Rogari e Tucci, "*Denatalità shock: 5 milioni di lavoratori in meno al 2040*", Sole24ore, 2025
- Maria Rita Testa, "*Un paese che non cresce tra generazioni e territori*", Sole24ore, 2025
- Francesco Bertolino: "*Anni Azzurri, i De Benedetti comprano il 40% delle cliniche e residenze per anziani Kos dal fondo F2i per 220 milioni*", Corriere della Sera, 2025
- "*LEGGE 23 marzo 2023, n.33*", Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana
- Daniele Zappalà, "*Più morti che nati: anche la Francia è entrata nell'inverno demografico*", Avvenire, 2025

- "*A European Care Strategy for caregivers and care receivers*", European Commission, 2022

CAPITOLO II

Evoluzione demografica e nuovi bisogni di protezione: il ruolo dell'assicurazione nella copertura dei rischi di non autosufficienza *(Dott. Dario Focarelli)*

SOMMARIO 2.1. Risparmio, longevità e rischio di non autosufficienza – 2.2. Il caso italiano: ricchezza, risparmio assicurativo e invecchiamento – 2.3. Dal risparmio alla protezione: rendite e LTC – 2.4. Domanda del Dott. Roberto Pontremoli

2.1. Risparmio, longevità e rischio di non autosufficienza

Parto da quella che è la teoria con la quale gli economisti tradizionalmente affrontano il problema del risparmio, ossia la teoria del ciclo di vita, che prevede un accumulo di risparmio durante la vita lavorativa e un decumulo delle attività finanziarie dopo il pensionamento.

Questa teoria, che gli economisti considerano ancora il paradigma fondamentale, non è però di fatto confermata dai numeri. C'è infatti una letteratura economica molto significativa che dimostra che gli anziani continuano a risparmiare o, quanto meno, che il disinvestimento è molto più lento del previsto[1].

I motivi di tale comportamento, secondo le teorie che conosciamo, sono essenzialmente due. Il primo è il motivo precauzionale: non si sa che cosa può succedere in futuro e, quindi, si continua a risparmiare. Le economie moderne attraversano periodi prolungati di incertezza, che spingono

[1] M. DE NARDI, E. FRENCH, J. B. JONES, "*Savings after retirement: a survey*", Annual Review of Economics, 2016.

le famiglie a mantenere livelli elevati di risparmio come forma di auto-assicurazione contro eventi avversi e per far fronte a possibili spese sanitarie e di assistenza a lungo termine.

Il secondo è il motivo ereditario. Il desiderio di lasciare un'eredità, soprattutto tra gli individui più facoltosi, favorisce il mantenimento della ricchezza, in particolare di quella reale. Ciò è particolarmente vero nei Paesi con un forte senso della famiglia.

Naturalmente questi due motivi non necessariamente sono mutuamente esclusivi e possono essere entrambi presenti.

Come distinguerli? Come comprendere quale dei due motivi è prevalente?

Sono stati pubblicati, non molto tempo fa, in prestigiose riviste scientifiche, due *Paper* che utilizzano l'assicurazione come elemento in grado di discriminare tra queste due ipotesi[2]. In particolare, il primo lavoro argomenta che se si acquista un'assicurazione con una significativa componente a scadenza o in caso morte, allora è verosimile che il motivo ereditario sia quello fondamentale. Se si acquistano assicurazioni del tipo *Long Term Care* o un'assicurazione di rendita, allora è possibile che il motivo precauzionale sia quello più importante.

Applicando questi criteri al caso italiano, non vi sarebbe alcun dubbio sulla prevalenza schiacciante del movente ereditario: le nostre polizze caso morte, il ramo primo, ma anche il ramo terzo, anche a vita intera, dominano l'offerta assicurativa, mentre - di fatto - non esiste, invece, un'offerta così importante per i prodotti di rendita e LTC.

Il secondo lavoro evidenzia, però, come possano esistere spiegazioni alternative. In particolare, gli economisti – soprattutto quelli dell'economia assicurativa – si sono da tempo interrogati sul perché, a livello globale, poche persone acquistino rendite e, soprattutto, prodotti di *Long-Term*

[2] Si vedano, rispettivamente, R.SJ. KOIJEN, S. VAN NIEUWERBURGH, M. YOGO, "*Health and mortality data: Assessing the welfare cost of household insurance choice*", The Journal of Finance 2016/4 e J. AMERIKS, J.S. BRIGGS, A. CAPLIN, M.D. SHAPIRO, C. TONETTI, "*Long-Term Care Utility and Late-in-Life Saving*", Journal of Political Economy, Vol. 128(6) - 2020.

Care, nonostante l'elevata probabilità di non autosufficienza in età avanzata e i conseguenti alti costi di assistenza. Questo fenomeno è noto come "*Long-Term Care Insurance Puzzle*".[3]

Le ragioni vanno cercate nelle imperfezioni sia della domanda sia dell'offerta.

Dal lato della domanda, la preferenza per prodotti di risparmio rispetto a rendite o coperture LTC può dipendere, innanzitutto, da una sottostima del rischio di non autosufficienza. A questo si aggiunge il problema della selezione avversa: tendono ad assicurarsi soprattutto gli individui che conoscono meglio il proprio stato di salute e sono più esposti al rischio. Un elemento probabilmente ancora più rilevante riguarda gli incentivi familiari: molti non acquistano una polizza LTC perché temono che, in presenza di copertura, i figli siano meno incentivati a fornire assistenza informale.

Dal lato dell'offerta, le polizze sono poco diffuse, soggette a selezione avversa e spesso costose se acquistate individualmente, anche se in Italia il mercato sta iniziando ad ampliarsi. Per queste ragioni, la limitata diffusione delle coperture LTC è evidente in tutti i Paesi, anche in quelli assicurativamente più sviluppati. Una delle poche eccezioni è la Germania, dove esiste un sistema obbligatorio.

Allora, cosa si può fare? Un esempio di natura privatistica è il modello adottato per i dipendenti del settore assicurativo: attraverso contributi versati durante tutta la vita lavorativa, si costruisce una copertura LTC che protegge dal rischio di non autosufficienza anche nelle età avanzate.

Esiste poi un ampio spazio per rafforzare l'integrazione tra pubblico e privato. Si tratta di soluzioni che possono favorire l'assicurabilità del rischio: prodotti "ibridi" che combinano più coperture; partenariati pubblico-privati che integrano la LTC nei sistemi pensionistici, ampliandone la diffusione; e strumenti finanziari, come bond legati al rischio di non autosufficienza, collocati sul mercato dei capitali.[4]

[3] P. PESTIEAU, G. PONTHIERE, "*Long-term insurance puzzle*", 2012.

[4] M. ELING, O. GHAVIBAZOO, "*Research and long-term care insurance: status quo and directions for future research*", The Geneva Papers on Risk and Insurance, Issues and Practice, Vol 44(2), 2019.

2.2. Il caso italiano: ricchezza, risparmio assicurativo e invecchiamento

Passando alla seconda parte della mia relazione, uso dati italiani per comprendere le tendenze innescate da due fenomeni chiave: l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della longevità.

Per il nostro Paese, è noto che la quota degli over 65 è destinata a crescere dal 22% al 33% entro il 2050, per poi stabilizzarsi.

Meno noto è il dato sulla ricchezza finanziaria detenuta dagli ultrasessantacinquenni: secondo nostre elaborazioni su dati della Banca d'Italia, le famiglie in cui il principale percettore di reddito ha più di 65 anni detengono circa il 40% della ricchezza complessiva. Si tratta di una quota molto elevata per una fascia di età che, secondo il paradigma del ciclo di vita, dovrebbe essere in fase di decumulo.

Nel 1991 questa quota era pari al 17%. Il passaggio dal 17% al 40% mostra quanto sia cresciuto il peso degli ultra-sessantacinquenni nella detenzione della ricchezza delle famiglie italiane. È un dato coerente con l'evidenza secondo cui il decumulo della ricchezza dopo il pensionamento è molto più lento di quanto previsto dalla versione più semplice della teoria del ciclo di vita.

Un altro fenomeno interessante è che, insieme alla crescita della ricchezza detenuta dagli ultra-sessantacinquenni, è aumentato anche il rapporto tra riserve matematiche assicurative e PIL. Le due grandezze mostrano una correlazione molto elevata nei dati annuali, pari a 0,9.

In sostanza, l'espansione del risparmio assicurativo è andata di pari passo con l'aumento della quota di ricchezza detenuta dagli over 65, un'evidenza coerente con l'ipotesi del movente ereditario richiamata in precedenza.

Mi sembrano dati interessanti, che offrono spunti rilevanti anche in prospettiva e pongono una domanda centrale: come migliorare la copertura degli italiani, rendendola più efficiente nella gestione dei rischi legati alla longevità?

2.3. Dal risparmio alla protezione: rendite e LTC

La direzione mi sembra chiara: sviluppare due strumenti assicurativi già esistenti ma ancora poco diffusi, ossia le rendite e le coperture LTC. L'Italia dispone di livelli di risparmio elevati, ma ancora poco finalizzati.

Il tema, quindi, è duplice: da un lato, rafforzare la canalizzazione del risparmio lungo tutte le fasi della vita; dall'altro, orientarlo in modo più efficace verso strumenti capaci di coprire i rischi della vecchiaia. Si tratta, però, di una questione delicata, anche sul piano politico, perché riguarda le modalità con cui estendere rapidamente le coperture.

Una possibile opzione è il collegamento tra LTC e previdenza integrativa, eventualmente con elementi di obbligatorietà. Tuttavia, la previdenza complementare in Italia resta su base volontaria. Diverso è il caso della sanità integrativa che, in presenza di accordi collettivi, comporta l'adesione automatica dei lavoratori. Ogni soluzione presenta, naturalmente, vantaggi e criticità.

In conclusione, due elementi mi sembrano oggi centrali. Primo: l'assicurazione, in Italia come altrove, ha finora assecondato in modo efficace il movente ereditario, che si è rivelato un driver molto rilevante dei comportamenti di risparmio. Secondo: è necessario trasformare almeno parte di questo risparmio in strumenti più finalizzati alla copertura dei rischi.

L'indimenticato Presidente Alfonso Desiata parlava di "risparmio assicurativo finalizzato". In Italia questo obiettivo è stato finora raggiunto solo in parte, anche - ma non solo - per limiti dell'offerta. Tuttavia, il contesto sta evolvendo e nei prossimi anni sarà possibile e, direi, necessario lavorare in modo più mirato e analitico proprio su questi aspetti.

2.4. Domanda del Dott. Roberto Pontremoli

Buondì dottore, io vorrei chiederle se c'è un programma dell'associazione nazionale a proposito della estensione del prodotto della Long Term Care, perché noi riteniamo che nessun governo, di qualunque colore sia, può permettersi di sopravvivere se la grande fascia che sta aumentando

degli anziani non autosufficiente non ha un appoggio per poter vivere tranquillamente il proprio declino nella tarda età.

Dottor Focarelli, la ringrazio di quello che lei ha detto; ma siccome adesso in ANIA c'è anche una trasformazione con un nuovo presidente eccetera, vorrei capire se c'è un progetto di questo tipo

Risposta del Dott. Dario Focarelli

Come ANIA, abbiamo predisposto un Position Paper sul tema della LTC, disponibile sul sito dell'Associazione, che ha costituito la base per una serie di proposte presentate al Governo. Alcune di queste hanno trovato spazio anche nel dibattito parlamentare, sotto forma di possibili emendamenti alla Legge di bilancio nelle ultime settimane.

La principale, anche per il suo contenuto costo, è l'introduzione dell'*autoenrolment* nella previdenza integrativa: l'iscrizione automatica ai fondi pensione, con la possibilità di includere una copertura LTC obbligatoria, inizialmente finanziata dallo Stato per i primi tre anni. Si tratterebbe di una misura con un forte valore segnaletico e un impatto strutturale di lungo periodo.

Parallelamente, è in discussione l'ipotesi di rendere obbligatoria l'offerta di coperture LTC nei fondi sanitari, che consentirebbe di estendere automaticamente la protezione a circa 16 milioni di lavoratori. Il nodo principale riguarda tuttavia come garantire la continuità della copertura nella fase post-lavorativa.

Come ANIA, riteniamo essenziale che tale copertura sia garantita su base vitalizia, attraverso convenzioni con il mercato assicurativo. Permangono però elementi di complessità che richiedono ulteriori approfondimenti, anche alla luce della naturale cautela delle compagnie nell'assumere impegni di lunghissimo periodo.

In sintesi, vi è oggi un'ampia convergenza sull'urgenza di affrontare il tema, ma la sfida centrale resta quella di garantire l'assicurabilità e la sostenibilità della LTC nel lungo periodo, in particolare al momento

dell'uscita dal mercato del lavoro. Il confronto in corso suggerisce, tuttavia, che non sia ancora pienamente maturato il tempo per decisioni definitive, rendendo necessario un ulteriore consolidamento tecnico e di consenso tra tutti gli stakeholder coinvolti.

CAPITOLO III

Affrontare la non autosufficienza attraverso un'assicurazione obbligatoria privata: prospettive, modelli europei e sfide per l'Italia *(Prof. Marco Frigessi di Rattalma)*

SOMMARIO 3.1. Introduzione: il problema della non autosufficienza e la crisi del modello di welfare tradizionale – 3.2. Quadro attuale in Italia: interventi pubblici frammentati e limiti di sostenibilità – 3.3. Esperienze europee: Germania, Francia e Paesi Bassi – 3.4. L'ipotesi di un'assicurazione obbligatoria privata: principi, vantaggi e criticità – 3.5. Il ruolo dei fondi sanitari integrativi e dei fondi pensione – 3.6. Prospettive di attuazione e conclusioni.

3.1. Introduzione: il problema della non autosufficienza e la crisi del modello di welfare tradizionale

Affrontare il tema della non autosufficienza significa toccare una delle sfide più urgenti e delicate del nostro tempo. L'invecchiamento della popolazione, l'allungamento della vita media e la riduzione del supporto familiare tradizionale stanno progressivamente mettendo in crisi il modello di welfare su cui l'Italia ha retto per decenni.

La non autosufficienza non è solo una condizione sanitaria: è una condizione sociale, economica e relazionale, che comporta costi altissimi - diretti e indiretti - per le famiglie e per lo Stato. In Italia oggi si stimano oltre 3 milioni di persone non autosufficienti, e si prevede che il numero raddoppierà entro il 2050. Il sistema pubblico, però, non è in grado di sostenere da solo questo onere.

Le misure oggi esistenti - dall'indennità di accompagnamento ai servizi socio-assistenziali regionali - sono frammentate, disomogenee e spesso inefficaci. È in questo contesto che si fa strada l'idea di una copertura assicurativa obbligatoria privata: un modello che, accanto o in sostituzione di

alcune forme di assistenza pubblica, possa garantire risorse stabili e universalmente accessibili per la cura della non autosufficienza.

3.2. Quadro attuale in Italia: interventi pubblici frammentati e limiti di sostenibilità

Il nostro Paese ha scelto, finora, un approccio di tipo assistenziale e non assicurativo. L'asse portante è rappresentato dall'indennità di accompagnamento, che assorbe oltre 13 miliardi di euro l'anno. Si tratta, però, di una misura universale ma indifferenziata, priva di valutazioni sul reale bisogno assistenziale e non finalizzata a garantire un servizio.

A questo si aggiunge la forte eterogeneità territoriale dei servizi domiciliari e residenziali, spesso gestiti a livello regionale o comunale, con esiti molto diversi da zona a zona.

Il risultato è un sistema che genera ineguaglianze e inefficienze, affidando di fatto l'onere dell'assistenza alle famiglie. Inoltre, il sistema è finanziato quasi esclusivamente dalla fiscalità generale, e quindi è strutturalmente vulnerabile: in un contesto di finanza pubblica rigida, la spesa per la non autosufficienza tende a essere compressa o rimandata, senza una pianificazione di lungo periodo.

3.3. Esperienze europee: Germania, Francia e Paesi Bassi

In Germania, dal 1995 è in vigore la Pflegeversicherung[1], un'assicurazione obbligatoria pubblica per la long-term care, finanziata con contributi paritetici tra lavoratori e datori di lavoro e garantisce prestazioni monetarie o in servizi. L'assicurazione per l'assistenza ai non autosufficienti (Pflegeversicherung) fa parte del sistema di sicurezza sociale tedesco ed è obbligatoria per tutti coloro che sono assicurati con la Krankenkasse (assicurazione sanitaria pubblica).

[1] Rainer Schlegel, Thomas Voelzke, juris PraxisKommentar SGB XI – Soziale Pflegeversicherung, 2026.

Il sistema tedesco di assicurazione per la non autosufficienza è finanziato principalmente attraverso contributi obbligatori prelevati dal reddito dei lavoratori e dei datori di lavoro, con un'impostazione simile a quella dell'assicurazione sanitaria. Il finanziamento avviene attraverso contributi obbligatori dei lavoratori dipendenti: versano una percentuale del proprio stipendio lordo. I datori di lavoro pagano a loro volta una quota equivalente. I pensionati pagano l'intero contributo, trattenuto dalla pensione.

Si noti che i lavoratori autonomi non sono coperti dalla legge e si assicurano contro la LTC in modo volontario.

Le aliquote possono variare leggermente, ma al 2024 erano le seguenti (simili anche nel 2025): totale standard: 3,4% del reddito lordo. Con figli: il totale è ripartito equamente tra lavoratore e datore (1,7% ciascuno). Senza figli: è previsto un sovrapprezzo dello 0,6% a carico del lavoratore (totale 4,0% del reddito lordo).

I contributi vengono versati ai vari enti di assicurazione assistenziale (Pflegekassen), solitamente collegati alle Krankenkassen (assicurazioni sanitarie pubbliche), che gestiscono anche le prestazioni sanitarie.

A differenza di altri sistemi europei, la Pflegeversicherung non è finanziata dalla fiscalità generale, ma solo dai contributi assicurativi obbligatori.

Il datore di lavoro trattiene direttamente dalla busta paga del lavoratore la quota di contributo per la Pflegeversicherung, insieme agli altri contributi sociali (sanità, pensione, disoccupazione, ecc.). Questa trattenuta è quindi automatica, come in Italia per i contributi INPS o INAIL. Il datore di lavoro non versa i contributi allo Stato, ma li invia alla cassa malattia presso cui il lavoratore è assicurato.

Le Krankenkassen e Pflegekassen sono enti di diritto pubblico autonomi, sotto la vigilanza del Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), ma non fanno parte del bilancio statale. Pertanto il denaro non confluisce nel bilancio dello Stato, ma resta nel sistema assicurativo sociale.

Poiché le prestazioni della Pflegeversicherung coprono solo una parte dei costi reali, molte persone in Germania stipulano la Pflegezusatzversicherung (ossia un'assicurazione integrativa facoltativa) privata.

Il punto di forza del sistema tedesco è la universalità della copertura, ma la principale criticità riguarda la sostenibilità.

A causa dell'invecchiamento della popolazione, si teme un aumento dei costi e un possibile squilibrio finanziario nei prossimi anni.

Quindi anche in Germania si discute da tempo di riforme strutturali, inclusa l'introduzione di un modello a copertura totale (Vollversicherung) o di un finanziamento misto derivante sia da contributi (come è ora) ma anche da imposte, ossia dalla fiscalità generale.

La Francia ha introdotto un modello misto: un sistema di assicurazione privata volontaria, sostenuto da incentivi fiscali e da un forte ruolo pubblico attraverso l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)[2]. I Paesi Bassi hanno scelto un approccio pubblico-assicurativo universale: il Long-Term Care Act (WLZ)[3] garantisce servizi finanziati attraverso contributi obbligatori e gestiti da enti assicurativi privati sotto controllo statale. Questi tre esempi dimostrano che non esiste una soluzione perfetta, ma che il ricorso a una forma assicurativa — obbligatoria o fortemente incentivata — è ormai considerato indispensabile per fronteggiare in modo strutturale il fenomeno della non autosufficienza

3.4. L'ipotesi di un'assicurazione obbligatoria privata: principi, vantaggi e criticità

L'ipotesi di un'assicurazione obbligatoria privata per la non autosufficienza implica un cambio di paradigma: dal modello assistenziale pubblico, finanziato dalla fiscalità generale, a un modello mutualistico-assicurativo, fondato sul principio del contributo individuale obbligatorio e della solidarietà intergenerazionale. I vantaggi potenziali di questo approccio sono molteplici:

- innanzitutto la sostenibilità finanziaria, sarebbe infatti illusorio immaginare che la mano pubblica, in crescente affanno nel reperire risorse economiche, sia da sola efficacemente in grado di far fronte al fenomeno dell'inabilità, in particolare degli anziani;
- altri vantaggi sono la personalizzazione delle prestazioni, il coinvolgimento del settore assicurativo e la riduzione del carico sulle famiglie.

[2] Dalloz, Code de l'action sociale et des familles 2026.
[3] Boek, Tekst & Commentaar Gezondheidsrecht, 2025.

Tuttavia, accanto ai vantaggi, emergono criticità di rilievo, come la definizione della base obbligatoria, la determinazione dei premi e la necessità di una forte supervisione pubblica. Dal punto di vista giuridico, la sfida più interessante è quella della compatibilità con i principi costituzionali di solidarietà e universalità.

È noto che l'assicurazione della LTC su base esclusivamente volontaria non ha un rilievo significativo in Italia. Le polizze LTC hanno nel nostro paese e in molti altri Paesi una scarsa diffusione nonostante l'invecchiamento della popolazione renda il problema sempre più rilevante. Le cause principali sono molteplici e si possono distinguere tra motivazioni economiche, culturali, tecniche e istituzionali: molti sottovalutano la probabilità di diventare non autosufficienti in età avanzata. Vi sono poi aspettative sul ruolo della famiglia e dello Stato. In Italia c'è ancora una forte aspettativa che siano i familiari ad assistere gli anziani.

Inoltre il cittadino si aspetta che lo Stato provveda, almeno in parte, attraverso indennità di accompagnamento, assistenza domiciliare pubblica o RSA convenzionate, anche se in realtà le coperture pubbliche sono parziali e molto eterogenee sul territorio.

I costi elevati delle polizze LTC soprattutto se sottoscritte in età avanzata non ne favoriscono la diffusione con la conseguenza che i premi possono risultare poco accessibili per il ceto medio e per gli strati sociali meno abbienti. È comunque innegabile che i costi alti derivano dalla durata potenziale lunga dell'assistenza e dal conseguente rischio elevato per le compagnie.

Inoltre da più parti si afferma quanto alle polizze LTC che l'offerta assicurativa, nel nostro paese ma non solo in esso, sia poco attraente. Le polizze LTC sono spesso complesse, con condizioni difficili da comprendere. Possono esserci franchigie, esclusioni, lunghe attese prima dell'indennizzo e procedure burocratiche complesse per attivare la copertura. Mancano spesso prodotti flessibili e modulari, o strumenti misti (assicurazione più investimento).

L'introduzione di un obbligo generale di assicurazione sulla Long Term Care (LTC) e una maggiore mutualità potrebbero effettivamente aumentare la sostenibilità economica del sistema, poiché una più ampia base

di assicurati e la solidarietà tra i consociati compenserebbero meglio i costi elevati delle coperture.

Un sistema obbligatorio garantirebbe che una parte più ampia della popolazione sottoscriva una polizza LTC, creando un bacino di utenti più vasto rispetto a un sistema basato su polizze volontarie.

L'ampia mutualità che ne deriverebbe, permetterebbe di bilanciare i rischi tra molti assicurati, dove i premi pagati da persone sane e giovani (che hanno una minore probabilità di venirsi a trovare in una situazione di non autosufficienza) contribuirebbero a coprire le prestazioni di coloro che ne hanno bisogno.

Un sistema obbligatorio e mutualistico è più sostenibile perché non dipende solo dai premi di un gruppo ristretto di persone. La massa critica degli assicurati e la redistribuzione del rischio aiutano a mantenere i costi sotto controllo e a garantire la copertura a lungo termine.

Esso garantirebbe l'accesso alla copertura a tutti, specialmente a coloro che non potrebbero permettersi una polizza privata volontaria a causa dell'attuale costo elevato.

In sede di conclusioni tornerò sulla questione di come potrebbe essere configurata questa assicurazione obbligatoria individuale sulla LTC.

Prima però vorrei trattare di altre realtà che sono protagoniste del welfare privato per valutare se e in che misura anche queste possono soccorrere nella prospettiva della protezione delle persone non-autosufficienti.

3.5. Il ruolo dei fondi sanitari integrativi e dei fondi pensione

In Italia esistono già pilastri potenziali, oltre alle compagnie di assicurazione, su cui si potrebbe costruire una partnership pubblico-privata per la non autosufficienza che vada ad integrare quella pubblica: segnatamente i fondi sanitari integrativi e i fondi pensione.

Ma sono adeguati allo scopo?

I fondi sanitari integrativi, oggi oltre 300 con più di 16 milioni di iscritti e devono per legge garantire una prestazione minima per gli iscritti non autosufficienti.

I fondi sanitari di tipo B, che costituiscono il 96 per cento dei fondi sanitari, sono enti, Casse e società di mutuo soccorso "aventi finalità esclusivamente assistenziale" (detti anche fondi "non doc") che possono erogare anche prestazioni sanitarie comprese nei LEA, quindi complementari e sostitutive al SSN, ma che per ricevere l'iscrizione all'Anagrafe ed essere ammessi ai benefici fiscali, sono tenuti a dedicare almeno il 20% delle risorse per prestazioni, cosiddetta "soglia delle risorse vincolate", a precisi ambiti di intervento: assistenza odontoiatrica, non autosufficienza e recupero di soggetti che si trovano temporaneamente inabili al lavoro a causa di infortunio o malattia.

Molti di essi, come Faschim, Fondo Est, Fasi e MetaSalute, collaborano con compagnie di assicurazione come UniSalute, RBM o Generali Welion. Questo coordinamento rappresenta una base solida per sviluppare un sistema più esteso e integrato, articolato su più livelli: pubblico, occupazionale e individuale.

Non è qui possibile diffondersi sui rapporti tra fondi sanitari e compagnie di assicurazione, ma è noto che se nella maggior parte dei casi la compagnia agisce effettivamente come assicuratore, tuttavia, in un numero significativo di casi opera solo come service provider per i fondi sanitari integrativi.

I fondi sanitari integrativi potrebbero rappresentare una risposta al crescente bisogno di assistenza legato al diffondersi della non autosufficienza?

Ciò richiederebbe una riforma normativa ed in particolare ed in via del tutto preliminare l'emanazione di una legge quadro che regoli le diverse forme di assistenza sanitaria integrativa e ne preveda il monitoraggio e la vigilanza e che garantisca una maggiore trasparenza e disponibilità di dati e informazioni sul settore.

Inoltre una riforma normativa potrebbe intanto orientare i fondi maggiormente verso la copertura della non autosufficienza, verso una maggiore integrazione con il SSN e il welfare locale, e prevedere incentivi per stimolarne la diffusione anche tra le categorie oggi escluse.

Più radicalmente – e vengo al punto - si potrebbe ipotizzare l'adozione di una legge che renda obbligatoria per i fondi sanitari l'offerta ai

propri iscritti di una copertura contro la perdita di autosufficienza e ciò tramite accordi con compagnie di assicurazione.

È evidente che questo obbligo amplierebbe la diffusione della copertura LTC tra la popolazione in modo rapido e molto rilevante dato che gli iscritti ai fondi sanitari sono circa 16 milioni.

Il ruolo delle Compagnie di assicurazione in uno scenario simile è evidente. Si avrebbe il loro pieno coinvolgimento in questo sistema in stretta sinergia con i fondi sanitari. Le compagnie avrebbero 16 milioni di potenziali assicurati.

Come tutti i fenomeni obbligatori possono creare vantaggi ma anche preoccupazioni, per esempio per le difficoltà in termini di fissazione dei premi e di valutazione dei rischi. Soprattutto la difficoltà per le Compagnie a prestare ai fondi una convenzione a più di 5-10 anni sulla LTC è, come noto, un grande problema.

La legge dovrebbe inoltre uniformare la definizione di non autosufficienza e le esclusioni, il tutto sotto il controllo della COVIP e del Ministero della salute.

Questo schema creerebbe tuttavia una diseguaglianza di dubbia costituzionalità tra chi gode della copertura in quanto iscritto al fondo e chi ne sarebbe escluso. Pertanto l'intervento pubblico sarebbe comunque necessario per evitare il rischio di disuguaglianze tra chi ha accesso ai fondi (es. lavoratori dipendenti con contratti collettivi) e chi ne è escluso (es. disoccupati, lavoratori atipici).

Inoltre l'iscrizione al fondo sanitario dura solo fintato che il soggetto lavora. Pertanto una copertura LTC che non coprisse chi è andato in pensione ed in particolare quindi chi avesse più di 80 anni (quando la probabilità di divenire non autosufficienti supera il 30%) non affronterebbe il nocciolo della problematica, lasciando indirettamente sullo Stato il relativo costo sociale.

Occorrerebbe quindi prevedere per legge che l'obbligo di offrire la copertura persista anche quando il soggetto accede alla pensione[4].

[4] Al riguardo si potrebbe immaginare di prevedere forme congiunte di coperture a vita intera per la LTC, attraverso accordi tra fondi sanitari e fondi di previdenza complementare quali i fondi pensione.

Vengo ora ai fondi pensione. La previdenza complementare disciplinata dal D.Lgs. 5 dicembre 2005, n. 252, configura i fondi pensione come strumenti di integrazione del sistema pensionistico obbligatorio.

L'art. 11 del decreto stabilisce che le prestazioni possono essere erogate solo al raggiungimento dei requisiti di accesso al pensionamento pubblico, a garanzia della finalità previdenziale e della stabilità del sistema.

L'art. 14, comma 2, lett.c dispone che "il riscatto totale della posizione individuale maturata per i casi di invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo e a seguito di cessazione dell'attività lavorativa che comporti l'inoccupazione per un periodo di tempo superiore a 48 mesi".

In tale caso, l'aderente al fondo ha diritto al riscatto totale del montante maturato, con conseguente erogazione immediata dell'intero capitale.

Si tratta, però, di una liquidazione straordinaria, non di una rendita vitalizia anticipata, e dunque priva della funzione tipica di tutela continuativa nel tempo che caratterizza le coperture per la non autosufficienza.

La disciplina dei fondi pensione, pur consentendo anticipazioni e riscatti in ipotesi particolarmente gravi, non contempla una rendita periodica anticipata a fronte della perdita della autosufficienza.

La COVIP, nella sua Relazione annuale 2023, ha sottolineato che la tutela della non autosufficienza "rimane affidata ad accordi accessori di natura assicurativa, non rientrando tra le prestazioni previdenziali obbligatorie o tipiche".

L'assenza, nel sistema della previdenza complementare, di una tutela pienamente previdenziale per la non autosufficienza evidenzia una carenza di protezione sociale, soprattutto in un contesto di invecchiamento demografico e frammentazione delle carriere lavorative.

La Commissione europea, nel White Paper on Adequate and Safe Pensions[5] ha esortato gli Stati membri a promuovere una maggiore complementarità tra strumenti pubblici e privati, favorendo la diffusione di schemi che integrino prestazioni previdenziali e assicurative.

In astratto, pertanto, si potrebbe ipotizzare l'adozione di una legge che renda obbligatoria per i fondi pensione l'offerta ai propri

[5] COM (2012) 55 final.

iscritti di una copertura contro la perdita di autosufficienza da realizzare tramite accordi stipulati dai fondi con Compagnie di assicurazione. È evidente che questo obbligo amplierebbe la copertura assicurativa LTC tra la popolazione in modo rapido e rilevante dato che gli iscritti ai fondi pensione sono 10,6 milioni[6].

Se poniamo a confronto le due ipotesi esaminate, ossia obbligo in capo ai fondi sanitari ovvero obbligo in capo ai fondi pensione si nota che il primo garantirebbe una diffusione della copertura LTC maggiore (16 milioni contro 10.6 milioni di persone).

3.6. Prospettive di attuazione e conclusioni

Nel quadro del sistema multilivello di protezione sociale, la condizione di non autosufficienza rappresenta una delle più rilevanti sfide per i regimi di welfare europei. Essa si colloca al crocevia tra politiche previdenziali, assistenziali e sanitarie, richiedendo strumenti capaci di coniugare sostenibilità finanziaria e tutela della dignità personale e si noti, rispettosi dei principi costituzionali di solidarietà e universalità.

La progressiva transizione demografica e l'invecchiamento della popolazione europea hanno spinto le istituzioni dell'Unione a promuovere una riflessione sul tema, culminata nel Libro Verde sull'invecchiamento ("Green Paper on Ageing", COM (2021) 50 final)[7] e nei periodici Pension Adequacy Reports della Commissione europea, che evidenziano la necessità di rafforzare i meccanismi di protezione contro i rischi da non autosufficienza.

L'introduzione di un sistema assicurativo obbligatorio per la non autosufficienza richiederebbe una riforma legislativa organica, capace di coordinare competenze e risorse tra Stato, Regioni e parti sociali. La legge delega del 2023 ha rappresentato un primo passo, ma resta incompleta. Un tale sistema non dovrebbe essere visto come una privatizzazione dell'assistenza, bensì come un'evoluzione del principio solidaristico.

[6] Covip, La previdenza complementare - principali dati statistici, marzo 2026, pag.1.
[7] Elaine Dewhurst, Age Discrimination Laws in the EU, in Sue Westwood, Nancy J. Knauer, Research Handbook on Law, Society and Ageing, Elgar, 2024.

L'introduzione di una copertura cogente a carico di tutti i cittadini e in favore di tutti i cittadini, senza limiti di età costituisce un tema emergenziale da discutere con urgenza con i decisori politici e i principali stakeholders oltre che ovviamente i tecnici, a cominciare dagli attuari, per delineare un percorso che permetta di raggiungere il prima possibile l'assicurazione obbligatoria [8].

Questa soluzione legislativa garantirebbe pienamente i principi costituzionali di solidarietà e universalità, mentre le soluzioni sopra esaminate ed imperniate sui fondi sanitari o sui fondi pensioni, per i motivi che si sono visti, - di per sé sole - non li garantirebbero.

Faccio mia la proposta avanzata dal Presidente di Assoprevidenza Segio Corbello di prevedere una copertura LTC essenziale, di base, finanziata obbligatoriamente per tutta la vita – ad esempio dai 20 ai 75 anni – e con garanzia valida per tutta la durata della vita; essa comporterebbe comunque un costo annuo basso per ciascun cittadino, soprattutto considerando che tali spese sono oggi deducibili fiscalmente, poiché i premi versati per una polizza LTC danno diritto a una detrazione IRPEF del 19%[9].

Tenendo fermo che l'obbligo verrebbe comunque riconosciuto soddisfatto da eventuali tutele già previste a livello collettivo o di welfare aziendale o da coperture più complete scelte liberamente dagli individui, sia individualmente sia tramite consorzi, si conviene con la proposta della creazione di un'agile struttura nazionale, quale ad esempio una fondazione di diritto privato, soggetta a vigilanza pubblica, che, selezionando pool di compagnie di assicurazione, renda disponibile la copertura di base a chi ancora non ne disponga[10].

In conclusione la sostenibilità del welfare non si ottiene solo aumentando le risorse, ma cambiando la logica della protezione sociale: dal modello emergenziale a quello programmato e multilivello. L'assicurazione obbligatoria privata, affiancata all'intervento pubblico, può rappresentare

[8] Cfr, Sergio Corbello, Presidente di Assoprevidenza, Coperture di Long Term Care in Italia: una provvidenza da rendere obbligatoria, 7 maggio 2025, https://www.secondowelfare.it/long-term-care/coperture-di-long-term-care-in-italia-una-provvidenza-da-rendere-obbligatoria/

[9] Il limite massimo di premio su cui calcolare la detrazione è 1.291,14 € all'anno.

[1010] Si veda la proposta di Sergio Corbello, Presidente di Assoprevidenza, Coperture di Long Term Care in Italia: una provvidenza da rendere obbligatoria, 7 maggio 2025, cit.

un equilibrio tra sostenibilità, equità e dignità. Perché la assistenza ai non autosufficienti, prima ancora che un problema economico o giuridico, è una questione di civiltà.

Piace concludere la relazione con le parole pronunciate dal Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, in occasione della Giornata Internazionale delle Persone Anziane, svoltasi lo scorso 1° ottobre:

"Se oggi viviamo in un Paese democratico, economicamente progredito, dotato di una Carta costituzionale che tutela i diritti inviolabili dell'uomo lo dobbiamo agli anziani, portatori di un patrimonio di valori che abbiamo il dovere di consegnare integro alle generazioni future.

Il tema della Giornata odierna è dedicato, quest'anno, alla resilienza delle persone anziane in un mondo che cambia, con una attenzione particolare alle donne e alla forza d'animo con cui affrontano le sfide globali.

La pandemia da Covid-19 ha messo ancor più in evidenza le disuguaglianze esistenti, soprattutto con riferimento alle donne che costituiscono la maggioranza delle persone anziane nel mondo e affrontano il problema della insicurezza economica e del rischio di povertà in misura maggiore rispetto agli uomini della stessa fascia di età.

Nonostante ciò, le donne anziane continuano ad impegnarsi in modo significativo in ogni settore della vita politica, civile, economica, sociale e culturale con contributi che, troppo spesso, vengono ignorati o dati per scontato. Sono le donne che, molto spesso, continuano a svolgere, anche nell'età anziana, una parte fondamentale del lavoro di cura all'interno delle famiglie, accudendo familiari disabili e non autosufficienti. Non si può, quindi, pensare di affrontare efficacemente l'invecchiamento della popolazione, con i problemi e le opportunità che esso pone, senza tener conto della specificità femminile.

L'età avanzata è, purtroppo, anche una condizione di fragilità: il numero degli anziani non autosufficienti è destinato ad aumentare e ciascuno di noi è chiamato a fare quanto possibile, proprio in virtù di quel legame di riconoscenza che lega ogni generazione a quella che l'ha preceduta, per garantire a tutti, in qualsiasi stagione, una vita dignitosa".

CAPITOLO IV

La copertura del rischio di non autosufficienza in forma individuale e collettiva: Fondi Sanitari Integrativi, Casse di Previdenza, Fondi Pensione, Assicurazioni. Profili tecnico-attuariali *(Prof. Giampaolo Crenca)*

Intanto ho sentito delle parole che suonano alle orecchie come fondamentali: mutualità, uguaglianza, pubblico e privato e molte altre.

Intervengo subito sul tema pubblico/privato, aspetto essenziale e già sviluppato in alcuni paesi europei.

In realtà anche in Italia non è una grande novità perché nel 1993, ad esempio, quando è stata istituita la legge sui fondi pensione, siamo partiti con un'esperienza pubblico/privato non compiutamente realizzata, visto che dopo più di 32 anni, si sono iscritti più o meno il 30% della potenziale platea, i famosi 8 milioni che prima venivano giustamente richiamati.

Le motivazioni sono molteplici, è stato però un esperimento che non ha funzionato al 100%.

L'ultimo tentativo pubblico/privato in ordine di tempo è quello relativo ai rischi catastrofali, che condivido pienamente, ma vedremo quale sarà l'esito perché è ancora in corso. Peraltro, dopo un lungo dibattito, l'applicazione della normativa è stata ripartita in tre *tranche*, di cui la terza deve ancora partire, quindi aspettiamo il 2026 per vedere se darà risultati concreti.

Il modello pubblico/privato adesso si sta ora riproponendo su un altro fronte, quello della *Long Term Care (LTC)*, la copertura per la non autosufficienza, argomento oggetto dell'odierno convegno.

Come Attuario cercherò di fare un intervento sulla *LTC* inserendola però nel più generale contesto del *welfare*, argomento sul quale tenevo un

corso al Politecnico di Ancona che mi piaceva moltissimo per i contenuti, perché affrontava esclusivamente i temi tecnico economici legati alla realizzazione di un piano di *welfare* aziendale e individuale.

Dati lo scenario fiscale, socio-demografico e normativo il tema vero è cosa si deve fare praticamente sotto il profilo tecnico-economico per realizzare un piano di *welfare* e lo stesso percorso logico vorrei fare oggi relativamente alla *LTC*.

C'è anche un problema gestionale, peraltro, non c'è infatti solo un problema tecnico economico. Ho scoperto quando tenevo questo corso, parlando con altri professori e altre persone, che ero l'unico che trattava il *welfare* sotto questo profilo.

Come è possibile mi son chiesto? Tutti i giorni si parla di *welfare*, possibile che solo io tratto questo tema dal punto di vista tecnico-economico?

Mi dicono di sì, perché ci sono tanti corsi che trattano di *welfare* ma relativamente agli aspetti fiscali, sociologici, normativi, nulla da dire rappresentano lo scenario, però non c'è nessuno, almeno così mi hanno detto, che tratta questo tema sotto il profilo della sua realizzazione concreta dal punto di vista tecnico-economico. Io mi sono molto sorpreso, in negativo però. Volendo toccare per un attimo gli aspetti ed i benefici fiscali, apro una parentesi, l'idea di sollecitare azioni di *welfare* esclusivamente o soprattutto concedendo agevolazioni fiscali è una idea che a me non è mai piaciuta. Prima si sistema tutto il resto, poi semmai, da ultimo, si fa anche un ragionamento di natura fiscale, così ci può stare, invertendo no.

Gli assicuratori vita ricorderanno come diversi anni fa, nel mese di dicembre, non si poteva parlare con le Compagnie perché tutti presi dalla sottoscrizione di quelle che venivano definite *"polizze fiscali",* cioè molti a dicembre facevano i conti della propria dichiarazione dei redditi e stipulavano o meno polizze vita in base a questo parametro di convenienza; all'epoca c'era il limite di deducibilità di due milioni e mezzo di vecchie lire e tutti quanti correvano a fare la polizza, ma spesso non gli serviva.

Vi sembra ragionevole?

Questa cosa mi è rimasta impressa e succedeva diversi anni fa, vedo che qualcuno annuisce e la consideravo già allora una cosa inconcepibile.

Non è che sia cambiata molto la mentalità anche dei governi che si sono succeduti perché hanno pensato al *welfare*, benissimo, ti diamo alcune cose con benefici fiscali, poi vai a vedere e spesso si tratta più di *benefits*, non che li demonizzi, anzi, ma mi domando a lezione con gli studenti "ma ci sarà una scala dei valori in questo *welfare*?"

La morte, l'infortunio, l'invalidità permanente da malattia o infortunio, le malattie gravi, la *Long Term Care*, i grandi interventi chirurgici, i ricoveri, ma dico anche le spese funerarie, l'asilo nido, perfino il trasporto direi, ecc …, non saranno più importanti in questo ambito? Non è un caso che oggi siamo riuniti per parlare di *Long Term Care*.

Se mi chiedete se è più importante la *Long Term Care* o un *benefit*, io vi rispondo la *Long Term Care*. Temo che ci siano persone in giro che dicono il contrario, anche a prescindere dalle agevolazioni fiscali. Questo perché c'è un problema culturale che è stato già toccato da chi mi ha preceduto. Comunque veniamo alle nostre questioni, perché parleremo di *LTC* in modo un po' più tecnico, proprio come si deve costruire, approcciare, impostare.

Come si deve fare, è abbastanza complicato. Ho cominciato a occuparmi di *LTC* prima degli anni 2000, quando non se ne parlava proprio perché era appena entrata sul mercato lato assicurazione vita.

Gli assicuratori che hanno qualche capello bianco ricorderanno che erroneamente era stata inserita nel ramo primo delle assicurazioni vita, neanche nel ramo quarto, così come la *Dread Disease,* con alcune complicazioni che riguardavano anche il margine di solvibilità.

Solo con un regolamento del 2009 l'organo di vigilanza assicurativo decise che la *Dread Disease* e la *Long Term Care* andavo collocate nel ramo quarto, ma se ne vendevano pochissime.

Solamente negli ultimi 10 anni, come è stato ricordato, i dati parlano chiaro, questo tema è uscito fuori in modo impetuoso, toccando principalmente in primis i contratti collettivi.

Già nel 1993, con l'avvento dei Fondi Pensione pensavo che questi sarebbero diventati una specie di polo attrattivo per il *welfare*, perché all'epoca i fondi sanitari c'erano già ma non erano così sviluppati, e quindi,

pensavo, si aggiungeranno prima morte ed invalidità e poi malattia e infortuni e altro.

Dopo tanti anni, però, registro che si continua a lavorare sul *welfare* in ordine sparso: c'è chi ha molto e chi ha poco o niente; un *welfare* di serie A, un *welfare* di serie B, un *welfare* di serie C e forse pure un *welfare* di serie D, a macchia di leopardo. Ad esempio dipendenti che lavorano con grandi multinazionali che hanno dei piani completi e hanno tutto e di più e poi c'è chi non ha niente. Ad esempio esaminiamo il mio caso, Attuario, ho la cassa di previdenza (EPAP) che è l'equivalente dell'INPS, primo pilastro, con un tasso di sostituzione che se va bene è del 20-25% ed è un contributivo puro.

Non ho un fondo pensione di categoria. L'EPAP si è data da fare, per fortuna ed è diventato un polo di *welfare*; e abbiamo una *LTC*, direi di base e una polizza sanitaria soprattutto per i grandi interventi chirurgici. Io appartengo al *welfare* di serie B o C, cioè che ha qualcosa ma non ha tutto. C'è chi non ha niente. Penso ad esempio ai parasubordinati della gestione separata INPS.

Anzi, finalmente è uscita questa notizia importantissima che quelle gestioni possono essere ricongiunte con le casse previdenziali come ha stabilito il Ministero del Lavoro qualche giorno fa.

Gli Attuari già alcuni anni fa avevano pensato e proposto un *welfare* integrato e allargato per tutti. Avevo coniato una semplice filosofia che diceva: "cerchiamo di costruire un *welfare* almeno da 6 per tutti poi se qualcuno ha 7 o 8 saremo più contenti, però facciamo almeno in modo che tutti abbiano 6".

Ne parlai anche con un paio di Ministri quando ero Presidente dell'Ordine degli Attuari, ma senza successo.

Caliamoci ora su un pezzo del welfare che è la *Long Term Care*.

Abbiamo diversi protagonisti che ne discutono in questo periodo; lo osservo anche dal punto di vista professionale, ad esempio ho con me una bozza di un parere per un cliente che vuole vendere una *LTC* in un modo particolare.

Tra questi attori senz'altro vi sono i fondi sanitari, così come le casse di previdenza, i fondi pensione, come già citato, i quali peraltro

già prevedono per larga parte già l'interessante opzione in rendita con un potenziamento in presenza di *LTC*. Quindi un pensionato che arrivato *a fine corsa* e va in pensione può esercitare l'opzione in una rendita che viene aumentata nel caso in cui il soggetto in questione sia colpito da non autosufficienza.

E poi ci sono le Compagnie di assicurazioni sulla vita, le quali ovviamente la offrono a questi attori ma anche autonomamente, vi dirò comunque che anche i fondi sanitari, casse di previdenza e fondi pensione stanno pensando a forme di auto-offerta, cioè senza ricorrere al trasferimento assicurativo se non, del caso, in parte. In tutto questo contesto si sta facendo strada da qualche tempo un altro tema piuttosto significativo, ovvero l'idea di fornire servizi anziché importi monetari, siano essi in capitale o rendita, dal che cominciano ad essere interessate anche le Compagnie di assicurazioni Danni con il ramo malattia.

Se ho bisogno di un infermiere, ad esempio, non mi dai un capitale per finanziare quel servizio, ma mi mandi direttamente l'infermiere, sono le prestazioni in natura definite a suo tempo da ISVAP in un regolamento che, assicurativamente parlando, si possono fare, nel ramo malattia Danni, ma anche in auto-offerta da parte degli attori suindicati.

Qui si rischia, come accaduto nel settore dei fondi pensione, di assistere anche ad una situazione differenziata perché ci sono anche situazioni di storia, natura, fiscalità e normative completamente differenti, mischiando anche chi per propria natura ha scopo di lucro da chi non ce l'ha.

Poi ci sono anche alcune questioni di interpretazione normativa da chiarire. Ad esempio in questi giorni mi sto imbattendo sulla possibilità di dare un rimborso forfettario e non definito, parliamo delle assicurazioni danni ramo malattia (vedi *LTC*), e se può essere vitalizio.

Diversi anni fa lavorai alle vite intere di rimborso spese mediche che furono vendute nel ramo malattia. Leggendo alcune norme adesso sembra che non sia vietato, ma non si capisce bene in quale modo, in quale ramo e con quale fiscalità.

Qualunque strada si voglia percorrere c'è però un tema comune, che spesso sfugge ai più e che molti danno per scontato, ovvero come costruire

il *pricing*/quotazione/contributo rispetto alle prestazioni offerte; non è affatto una cosa semplice ed è peraltro fondamentale fare bene questo lavoro perché questo per larga parte significa garanzia di futura solvibilità e quindi redditività (che interessa chi ha scopo di lucro). A ciò si aggiunge il processo di *underwriting* che comprende il *pricing.* Non è solo una questione tecnica che riguarda gli Attuari, ma coinvolge in primis gli amministratori di qualsiasi degli attori che abbiamo in precedenza citato.

E di conseguenza subentra uno dei temi fondamentali, la disponibilità di informazioni statistiche, quelle che noi chiamiamo basi tecniche, anzi per essere più preciso nel gergo attuariale ci sono le basi tecniche del primo ordine, ovvero in sintesi i dati necessari per costruire inizialmente un adeguato *pricing* e quelle di secondo ordine, ovvero quello che accade poi nella realtà che va studiato per migliorare e perfezionare sempre più le basi tecniche, è un lavoro che l'Attuario fa nel continuo.

E dirò di più, perché questo è un tema che pochi trattano, ma io sulla mia pelle lo conosco fin troppo bene e non solo io, anche i miei colleghi; ci sono anche, talvolta, forse in questo settore *LTC* non sempre, però in tanti altri ambiti, anche previdenziali e di *welfare*, di frequente, le informazioni qualitative, su cui io potrei scrivere un libro intero di esperienze.

Mai dire che non interessano, si tratta di informazioni che possono essere così rilevanti da inficiare anche il 100% di tutto quello che si è costruito con le informazioni quantitative.

Mi è capitato un caso in cui sono stato costretto a trovare una ardita soluzione perché l'informazione qualitativa aveva messo totalmente in difficoltà tutta la costruzione di natura statistico-attuariale che avevo costruito nel tempo. Non entro nei dettagli, ma credetemi, mi è successo anche questo ed ero peraltro attuario incaricato della compagnia, quindi avevo pure un ruolo, diciamo così, istituzionale, poi ho trovato comunque una strada per risolvere ma non è stato semplice.

Quindi le informazioni qualitative sono anch'esse fondamentali e non devono essere trascurate. Non entro nelle tante variabili che incidono in una valutazione attuariale, cito solo ad esempio il bilancio tecnico di una cassa di previdenza, soprattutto se è a prestazione definita; ne potete contare più di 30 su un arco temporale futuro di 30/50 anni, poi certo qualche

variabile pesa di più qualcuna di meno ma i dati per formulare le rispettive ipotesi di sviluppo devi averli. Allo stesso modo la *LTC* di cui stiamo parlando oggi ha due basi tecniche fondamentali che, se non sono corrette, rischiano di inficiare i risultati.

La prima è la probabilità che una persona diventi non autosufficiente, ovvero quanti saranno i sinistrati *LTC*? Si tratta di un numero attuariale ed è legato anche all'età come è facile intendere, al sesso, ma potrebbe essere legato anche ad altro, perché ci potrebbero essere altre variabili che incidono, ad esempio reddito, zona geografica, ….

Giusto l'altro giorno ho fatto una discussione proprio su questo argomento, per esempio la zona geografica, relativamente ai rimborsi spese per esempio, quando lavorai alla vita intera che prima ho citato avevo a disposizione età, sesso, ma anche la zona geografica, quindi costi e frequenze li avevo anche per altre variabili, perché non è detto che incidano sempre solo età e sesso.

Comunque fermiamoci sulle cose più semplici, la probabilità di diventare sinistrati *LTC* che *è* già un primo problema.

Adesso abbiamo fatto passi avanti, 20/25 anni fa si prendevamo le basi tecniche giapponesi, poi quelle tedesche, sudafricane, piano piano anche le compagnie italiane hanno acquisito esperienze e hanno cominciato a costruire basi tecniche, basate su collettività ampie.

Poi c'è un'altra variabile altrettanto importante che si chiama “a (x)”, che è un simbolo, un numero attuariale su cui spesso costruisco una intera lezione per spiegare come funzionano le assicurazioni vita. È infatti il valore attuale medio o tasso di premio unico puro di una rendita vitalizia immediata per un assicurato di età “x” ed è un numero attuariale che non vi racconto come si calcola, però è fondamentale. Lo si usa per esempio per calcolare la pensione, cioè il montante maturato all’epoca del pensionamento si divide per questo numero attuariale dando poi origine ai coefficienti di conversione che vengono pubblicati.

Nel caso delle pensioni il numero attuariale tiene conto della sopravvivenza della persona media all'età raggiunta, sottolineo età raggiunta, perché cambia ovviamente, ed è anche diversa fra maschi e femmine.

Nel caso della *LTC* le cose si complicano perché quando si *prende* una rendita bisogna capire quanto un *sinistrato LTC* vivrà ancora e non vivrà ancora, purtroppo, quanto in media sopravvivono le persone della popolazione generale.

Quindi ci vuole una tavola di sopravvivenza o se preferite di mortalità, che è il suo contraltare, per questa specifica collettività.

Ci sono altre variabili, ad esempio il tasso annuo di interesse: si pensa sia una cosa semplice, basta utilizzare un tasso annuo di interesse *flat*, ad esempio il 3%, poi abbiamo visto i problemi che ci sono stati quando perfino lo 0% in alcuni momenti è diventato un problema e le banche lasciavano i soldi alla BCE in deposito ad un tasso negativo perché era più conveniente fare quello che tenerli in tasca, ovvero sul conto corrente.

Questo non è che è successo 150 anni fa ma è capitato solo qualche anno fa, adesso si è rimesso in moto il mercato monetario e finanziario, ma se mi chiedete quale tasso di interesse utilizzare resta sempre una domanda complicata. In questo caso infatti parliamo di lunghi periodi, finché siamo su un orizzonte di 3 anni, 2 anni, 1 anno i rischi sono minimi. Quando le valutazioni si estendono su 30 anni, 50 anni (il bilancio tecnico delle casse di previdenza va elaborato a 30 anni ed anche a 50 anni) il tema diventa molto più complesso. Tra l'altro in questi giorni si è aperta una discussione proprio sulla possibilità di abolire la valutazione a 50 anni. Anche se l'abolissero, 30 anni sono comunque tanti, che tasso annuo di interesse bisogna utilizzare? Tradotto significa dire quanto potranno rendere mediamente i nostri attivi, quindi i nostri investimenti, a fronte dei nostri passivi perché la domanda è questa, nei prossimi trent'anni? 2%, 3%, ipotizziamo una curva, li ipotizziamo con un processo stocastico? Facciamo tutto quello che volete, però il tema è che se si sbaglia la valutazione può essere in eccesso o in difetto con tutto ciò che ne consegue.

Veniamo ad un altro aspetto, *costruire* un pricing su una collettività è ben altra cosa che costruirla su un singolo, questo è per gli Attuari un concetto importantissimo ed è forse anche questo il motivo per cui la *LTC* in qualche misura si è sviluppata fino a oggi, soprattutto a livello aziendale, con contratti collettivi. Mi preoccupa però sempre, tornando al discorso iniziale, il *welfare* per tutti e quindi c'è da studiare qualcosa che vada ad

aiutare chi non lavora per le aziende o non rientra nei contratti collettivi. Se dovesse partire l'obbligatorietà è un altro tema, ma se questo non avviene bisogna trovare una modalità per sostenere il *welfare* di chi non ha nulla o quasi e non si tratta di una parte trascurabile della popolazione.

Quindi collettive, individuali, prestazioni in capite o rendita, servizi, prestazioni in natura, ogni volta cambia il sistema della tariffazione e le basi tecniche se sei nelle assicurazioni vita è un conto se sei nelle assicurazioni danni (ramo malattia) è un altro. Da una parte una prestazione predeterminata che moltiplicata per un tasso di premio, consente di determinare il premio, dall'altra basi tecniche tali da consentire direttamente di determinare non un tasso ma il premio in valore assoluto simulando di fatto la prestazione media che si corrisponderà (sistema indennitario).

Sempre lì dobbiamo arrivare comunque, ovvero ad un premio, tendenzialmente nei rami danni ci si muove lavorando sulle statistiche dei numeri e dei costi, *frequency and severity*, come dicono gli inglesi, e allora avendo i costi in valore assoluto, come succede per esempio con il ramo RC Auto, e avendo le frequenze, il modello di *pricing*, ti conduce direttamente a determinare un premio in valore assoluto. Diverso nel ramo vita dove la predeterminazione della prestazione (ad es. un capitale assicurato pari ad "x") implica la determinazione di un tasso di premio.

Però qui pongo, visto che ci sto, e qui ci sono tanti amici giuristi più bravi di me, un tema che ho osservato fin dal 1985, all'epoca lavoravo all'organo di vigilanza, dove sono stato per più di sei anni, e mi accorsi di qualche deroga/anomalia. La questione riguarda la differenza fra il principio indennitario del danno e la predeterminazione della prestazione nella vita, ma nei rami danni, ad esempio già dal 1985 nel ramo malattia e nel ramo infortuni, si vendevano ad esempio la "morte per infortunio" e l'"invalidità permanente da malattia od infortunio", e si vendono tutt'ora applicando un tasso di premio moltiplicato per un capitale e non c'è il concetto di risarcimento da determinare ex post.

Poi recentemente sono arrivate le polizze parametriche e lì è ritornato questo tema del principio indennitario che non sembra proprio essere rispettato tenuto conto delle caratteristiche di tali prodotti. Un'altra deroga/anomalia?

Peraltro alcuni anni fa sembrava che il legislatore avesse affrontato questo tema, ma decise solo che una Compagnia autorizzata al ramo vita poteva chiedere l'estensione ai rami infortuni e malattia e una autorizzata ai rami infortuni e malattie quella al ramo vita, sostanzialmente una piccola multi ramo; quelle più grandi oggi, ricordiamo, sono vietate.

Questo però sul piano tecnico ed economico non ha risolto il problema perché il ramo vita è rimasto gestito come la vita, e il danno è rimasto gestito come il danno.

Andiamo verso le conclusioni perché ci sono altri aspetti tecnici, ad esempio nel caso della *LTC* è necessario costituire riserve tecniche in accumulo che generano problemi di investimento cui sono connessi rischi di liquidità, in via generale si apre il tema di una adeguata gestione finanziaria.

Le riserve come si calcolano? Non ve lo racconto dal punto di vista formulistico, ma in uno schema civilistico oggi si determinano su basi tecniche del primo ordine, cioè vengono utilizzate quelle basi tecniche, i dati di base, con cui ho effettuato il *pricing* e continuo a riservare immaginando che le cose vadano come io ho ipotizzato.

Voi capite bene che non è sempre così, la nostra sfida è proprio la base tecnica del secondo ordine, cioè fare il backtesting e controllare che ci sia un andamento positivo delle basi tecniche il che significa che la tariffa ha tenuto (solvibilità) e c'è anche redditività, in caso contrario bisognerà intervenire sulle tariffe future e del caso appostare in bilancio riserve aggiuntive.

Solo che quando sei partito con un prodotto modificare è sempre un problema, non puoi cambiare quelli in corso, puoi agire solo sulla nuova produzione, nel caso dei bilanci tecnici delle Casse di Previdenza, per esempio, cambiamo le ipotesi, se serve, ogni tre anni, ma non è una tariffa è un bilancio. Questo problema ce l'hai anche se offri ad esempio la *LTC* in autogestione, perché se ti accorgi ex post che la frequenza non è adeguata, per esempio dopo tre anni, le riserve le devi andare a correggere, puoi cambiare forse il prodotto/prestazioni per il futuro, ma non è che puoi modificare ciò che hai già sottoscritto/garantito.

Bisogna quindi stare molto attenti al "dopo", che non sono solo le riserve, ma riguarda la solvibilità ed investe in modo particolare fondi sanitari, casse di previdenza e fondi pensione che non hanno capitale sociale o che per qualche motivo non hanno fondi di dotazione o non hanno l'assistenza di qualche *"sponsor"*.

Tutti vogliono la *LTC* ma pochi parlano di tutte queste connesse essenziali questioni perché comunque chiunque la offre non può non preoccuparsi ad esempio della solvibilità.

Un esempio: un fondo sanitario autogestito che non ha un fondo di dotazione, ha il rischio dal tempo zero. Se sbagli il primo *pricing*, rischi di saltare già il primo anno.

Ovvero, se spese di gestione e costi dei sinistri superano i premi, è un ragionamento tanto elementare quanto però essenziale, e se non hai un capitale sociale/fondo di dotazione, rischi di andare in default. Almeno le casse di previdenza hanno il bilancio tecnico obbligatorio, che ogni 3 anni rappresenta di fatto una misura della solvibilità prospettica cui si affiancano i conti economici previsionali.

Poi c'è un altro strumento che le Compagnie di Assicurazioni, in particolare, conoscono più che bene, che va assolutamente introdotto per chi pensa di fare in modo autonomo, che si chiama *ALM* cioè, *l'asset liability management* che è una necessità assoluta, ovvero in parole semplici, che gli attivi camminino in modo parallelo, diciamo così, rispetto ai passivi.

Chi comanda in questo business specifico è il passivo che assume modalità diverse: se considero la *LTC* è una cosa, se considero una rendita vitalizia è un'altra cosa, se considero un fondo pensione è un'altra ancora, nel senso che le *modalità di movimento delle liabilities* non sono assolutamente uguali e gli attivi devono camminare parallelamente. Il processo di *ALM* è molto complesso ed è fondamentale per la gestione strategica di molti aspetti, tra cui anche solvibilità e redditività.

Qui spendo una parola per la mia categoria, gli Attuari, perché si sta muovendo su questi fronti, come avete forse capito, non solo sotto il profilo strettamente tecnico, ma anche cercando di trovare soluzioni pratiche, perché poi bisogna armarsi anche di sano pragmatismo nella risoluzione dei problemi.

Cerchiamo di fare il meglio che si possa fare in tutti i settori che desiderano introdurre la *LTC* cercando di cominciare a risolvere i problemi delle collettività, per poi passare a risolvere i problemi individuali.

C'è un progetto di legge che vuole introdurre anche nei fondi sanitari una governance nuova, ad esempio il *risk manager* e la funzione attuariale. Ci stanno chiamando ugualmente anche se non c'è la norma, perché hanno capito che se non si guardano anche questi aspetti non si riesce a gestire bene il fondo. Per questi tipi di rischi se non hai qualcuno che riesce a quantificarli e a valutarli, poi "rischi" di perdere la bussola.

Quindi la nostra categoria è a disposizione per risolvere questi problemi tecnico economici che oggi ho sintetizzato, che non sono affatto semplici come forse avete percepito, ma anche per dare dei suggerimenti a seconda dei casi.

Non so dire dove arriveremo onestamente, vedo che c'è un grande fermento, questo mi fa anche piacere però mi verrebbe anche da dire che non c'è solo la *Long Term Care*, penso infatti anche ai grandi interventi chirurgici, invalidità permanenti, inabilità temporanea, morte, malattie gravi e tanti altri rischi che riguardano la vita umana.

Quando tenevo il corso sul *welfare*, e vi lascio con questo pensiero; ad un certo punto, nel far questa scala dei valori del *welfare*, l'ho allargata e ho cominciato a dire che, d'accordo, tutto ciò che riguarda la persona umana per me è primario, poi avevo aggiunto a scalare l'asilo nido, i trasporti, tutta una serie di altre cose che comunque riguardano la vita delle persone (ad esempio la perdita d'impiego), poi avevo aggiunto perfino, sempre a scalare, anche alcune coperture assicurative dei rami danni (incendio e furto della casa ad esempio), insomma una visione da *welfare integrato e allargato*.

CAPITOLO V

La non autosufficienza tra welfare pubblico e iniziativa privata: profili giuridici e prospettive di riforma

(Dott. Enrico Bortolazzi)

SOMMARIO 5.1. Invecchiamento della popolazione e pressione sul welfare – 5.2. Educazione assicurativa e finanziaria: un ritardo strutturale – 5.3. Strumenti privati e criticità dell'attivazione individuale – 5.4. Previdenza complementare e sinergia con le coperture LTC – 5.5. Una sfida sociale, non solo finanziaria – 5.6. Conclusioni

Desidero ringraziare AIDA Sezione Lombarda per l'invito a partecipare a questo incontro e complimentarmi per la qualità degli interventi, dai quali ho tratto numerosi spunti di riflessione. Ho ritrovato in essi molti degli elementi che caratterizzano l'attuale scenario italiano dell'assicurazione per la perdita dell'autosufficienza Long Term Care (LTC) e, più in generale, del sistema di welfare e della previdenza complementare.

Da molti anni mi occupo di formazione assicurativa, sia tecnica sia comportamentale, ambito professionale nel quale ho maturato una lunga esperienza, anche attraverso l'attività di formatore.

Nella prima parte del mio intervento avevo inizialmente previsto un inquadramento di contesto, basato sui dati relativi alla non autosufficienza e alla previdenza complementare. Poiché tali aspetti sono stati già ampiamente analizzati e approfonditi dai relatori che mi hanno preceduto, ritengo più utile concentrare l'attenzione sulla seconda parte del mio contributo, ossia sulle evidenze emerse dalle attività quotidiane di formazione svolte presso le reti distributive: agenti, broker e intermediari bancari.

Le criticità strutturali e le "incompiute" del sistema di welfare italiano, richiamate anche dal Presidente, dott. Roberto Pontremoli, emer-

gono con grande chiarezza nel confronto diretto con gli operatori del settore. Permangono infatti ampie aree di bisogno di protezione e previdenza che risultano insufficientemente presidiate e valorizzate. Tra queste, il tema della non autosufficienza riveste un ruolo centrale ed è strettamente interconnesso con quello della previdenza complementare: due strumenti di welfare privato che, a mio avviso, sono destinati a integrarsi in misura crescente nel tempo.

5.1. Invecchiamento della popolazione e pressione sul welfare

La dinamica demografica italiana evidenzia un progressivo aumento dell'età media della popolazione e della speranza di vita, ormai stabilmente superiore agli ottant'anni. Questo fenomeno esercita una pressione significativa sul sistema pubblico di welfare, che rappresenta tuttora il principale pilastro della protezione sociale, e incide in modo crescente sia sulla domanda di servizi assistenziali sia sulla sostenibilità finanziaria dei sistemi previdenziali.

A tale scenario si affiancano rilevanti mutamenti nella struttura familiare: l'aumento dei nuclei monocomponente e delle famiglie senza figli riduce la capacità delle reti familiari tradizionali di farsi carico dei bisogni di cura. L'interazione tra invecchiamento demografico e frammentazione sociale configura, pertanto, un potenziale elemento di forte criticità per il futuro prossimo.

5.2. Educazione assicurativa e finanziaria: un ritardo strutturale

Nel dialogo continuo con le reti distributive emerge un crescente interesse verso i temi dell'educazione finanziaria e assicurativa. Tuttavia, persiste nella popolazione italiana un significativo ritardo culturale: la percezione dei bisogni — tutela del futuro, mantenimento del tenore di vita, assistenza in caso di fragilità — non si traduce in un'adeguata domanda degli strumenti di protezione assicurativa e di previdenza.

Questo scarto tra consapevolezza teorica e comportamento concreto rappresenta un ostacolo rilevante. Non si tratta esclusivamente di una questione normativa o economica — come nel dibattito sull'eventuale obbligatorietà delle coperture LTC o di previdenza complementare — bensì di un problema di natura profondamente culturale. Molti cittadini riconoscono l'importanza della protezione e della previdenza complementare, ma faticano ad attivarsi in modo tempestivo e strutturato.

Proprio per rispondere a questa carenza, è importante estendere le attività di educazione assicurativa anche al contesto scolastico, nell'ambito del Mese dell'Educazione Finanziaria. Gli incontri con gli studenti hanno evidenziato grande curiosità e interesse, ma anche una quasi totale assenza di una formazione sistematica su questi temi. Ritengo che tale impegno debba essere considerato una responsabilità sociale delle compagnie assicurative, oltre che un investimento culturale imprescindibile.

5.3. Strumenti privati e criticità dell'attivazione individuale

L'assenza, in Italia, di una copertura obbligatoria per la non autosufficienza rende centrale il ruolo delle soluzioni assicurative private. Tuttavia, l'età di adesione rappresenta una variabile cruciale dal punto di vista attuariale: affrontare il tema della LTC solo quando il rischio diviene percepito, ossia in età avanzata, comporta costi elevati e maggiori difficoltà di accesso alla copertura.

Anche nei casi in cui l'individuo possa beneficiare di forme di welfare aziendale — quali fondi pensione o coperture LTC collettive — sussiste un elemento di fragilità: tali strumenti non sempre garantiscono continuità lungo l'intero arco della vita, soprattutto in presenza di mobilità professionale o di cessazione dell'attività lavorativa.

Ne consegue l'importanza di un'attivazione precoce e di soluzioni capaci di assicurare stabilità e continuità della protezione nel tempo.

5.4. Previdenza complementare e sinergia con le coperture LTC

La previdenza complementare costituisce oggi uno degli strumenti più efficaci per mitigare il rischio previdenziale. I vantaggi fiscali previsti nelle fasi di contribuzione, accumulo e prestazione rappresentano leve rilevanti, sebbene risultino ancora poco valorizzate sia dagli intermediari sia dagli stessi aderenti.

A tali strumenti possono essere affiancate soluzioni assicurative vita - quali polizze di ramo I, ramo III e multi ramo - finalizzate alla gestione del risparmio e alla generazione di flussi integrativi, attraverso ad esempio rendite o programmi di decumulo.

In questo contesto emerge una sinergia naturale tra previdenza complementare e coperture LTC: la prima mira a sostenere il tenore di vita nel momento in cui si cessa l'attività lavorativa, la seconda a proteggere dalla perdita dell'autosufficienza. Tale complementarità, tuttavia, è ancora scarsamente compresa e comunicata. L'adesione precoce rappresenta, in entrambi i casi, un fattore determinante per massimizzare i benefici nel lungo periodo.

Entrambi questi strumenti contribuiscono ad affrontare il rischio di longevità e beneficiano, nell'attuale quadro normativo, di specifiche agevolazioni fiscali. Si può discutere se tali incentivi siano sufficienti o adeguati rispetto agli obiettivi di protezione complessiva del ciclo di vita; resta tuttavia incontestabile la loro rilevanza. Senza addentrarsi in un'analisi dettagliata della normativa fiscale, l'intento è evidenziare come, anche a legislazione vigente, sia possibile costruire valide soluzioni integrate che risultano ancora poco valorizzate.

5.5. Una sfida sociale, non solo finanziaria

Le conseguenze della non autosufficienza trascendono la dimensione economica, incidendo profondamente sugli equilibri familiari, sulle relazioni sociali e sulla qualità della vita sia delle persone assistite sia dei caregiver. L'assenza di una pianificazione adeguata genera frequentemente

conflitti, difficoltà organizzative e sofferenze che un sistema di protezione più strutturato potrebbe significativamente attenuare.

Per queste ragioni ritengo fondamentale continuare a promuovere una riflessione approfondita su tali temi, ciascuno nel proprio ambito di competenza. L'assicurazione svolge una funzione sociale essenziale: tutela il patrimonio, garantisce continuità economica e contribuisce a preservare la dignità delle persone nei momenti di maggiore fragilità.

5.6. Conclusioni

Il nostro Paese è chiamato ad affrontare una profonda trasformazione demografica e sociale che non può essere sottovalutata. In assenza di interventi coordinati, di politiche pubbliche adeguate e di strumenti privati efficaci, il rischio è quello di trovarsi impreparati di fronte a una crisi della longevità i cui segnali sono già oggi evidenti.

In questo contesto, la formazione - sia tecnica sia comportamentale - assume un ruolo cruciale per colmare il divario culturale e accrescere la consapevolezza dei cittadini sull'importanza di una pianificazione tempestiva. Rendere questi temi comprensibili, concreti e rilevanti rappresenta la sfida principale che ci attende e il contributo più significativo che, come operatori del settore, possiamo offrire al sistema economico e alla collettività.

CAPITOLO VI

Profili giuridici dell'assicurazione Long Term Care (LTC): modelli contrattuali e tutela dell'assicurato

(Avv. Carlo Galantini)

Lo strumento assicurativo che viene spesso citato come il mezzo più adatto a coprire i bisogni della non autosufficienza è la polizza Long Term Care (in seguito la polizza LTC). Nel mio intervento cercherò di fornire un inquadramento giuridico di questo tipo di polizza descrivendone gli aspetti essenziali prendendo spunto da alcuni modelli di contratto disponibili nel mercato.

La domanda che mi pongo è la seguente: quando cerchiamo di individuare una possibile soluzione al problema della non autosufficienza ci riferiamo alla possibilità di stipulare una polizza LTC, ma questo atteggiamento echeggia lo stile dei profeti i quali parlano di cose che verranno risolte nel giro di qualche secolo, mentre il mio approccio è quello di chi si pone nella posizione di un soggetto che ha bisogno di provare a vedere se, oggi, vi sia una LTC adatta a risolvere i problemi che, vista la mia età, da qui a non troppi anni potrebbero colpire me stesso.

Tentare di dare una soluzione a questo problema è alquanto difficile. Anche se in prospettiva si può sposare la soluzione esposta dall'amico professor Frigessi, che da un punto di vista logico, è la via maestra, tuttavia il mio interesse è quello di verificare che cosa, nell'immediato, si trovi sul mercato e se ciò corrisponda ad una soluzione adeguata a soddisfare i bisogni derivanti dalla non autosufficienza.

Tutti, compresa la Commissione europea, insistono nel dire che bisogna estendere la platea delle persone assicurate con la LTC. Mi pare una bellissima idea.

La domanda che mi faccio però è: ma i contratti oggi reperibili sul mercato sono idonei a soddisfare la necessità di essere coperti in caso di non autosufficienza?

Anticipo la risposta che mi sentirei di dare: in astratto, sì, perché il concetto stesso del contratto LTC, ossia di uno strumento contrattuale con cui si prevede che si contribuisca mediante pagamento premi per un certo numero di anni, e che poi, qualora ci si trovi in una situazione di non autosufficienza si possa fruire di una rendita vita natural durante è una formula assolutamente azzeccata, quindi un tipo contrattuale che si presenta certamente adatto allo scopo.

Quindi, alla domanda iniziale che mi son posto si può rispondere che in astratto sì, ma poi la successiva domanda che ci si deve porre è se, in pratica, per quello che si vede si può star sicuri che questa sia la soluzione?

Ecco, qui qualche problema ce l'ho, perché dai formulari che ho visto emergono alcune criticità che a volte rendono difficile persino agli esperti del settore di comprendere quale sia esattamente la portata dell'oggetto del contratto. Un esempio per tutte: spesso solamente stabilire l'esatto significato della "non autosufficienza" come definita in contratto e quando questa si verifichi si rivela un esercizio complicato.

Quindi una certa complessità deriva dalla complessità del rischio che si copre, però poi vediamo che altre regole contribuiscono alla oscurità dell'articolato contrattuale. Forse esse sono dettate dall'esigenza degli assicuratori di andarci piano, cioè di dire: cerchiamo di vendere molti prodotti, ma attenzione, io però voglio dare molto poco e se posso esco fuori dagli impegni presi.

Questo è un rischio enorme perché in questo caso la medicina è peggio della malattia. Se così, infatti, una persona si prende i suoi risparmi, si compra la casetta e la vende quando deve e quindi il bisogno di LTC non c'è affatto.

Comunque, andando nel particolare, partirei dall'analisi dell'inquadramento normativo di questo tipo di contratto, che è interessante.

L'inquadramento noi lo troviamo nell'articolo 2 del codice delle assicurazioni private che ci dice cos'è la Long Term Care. L'articolo 2, nel descrivere le tipologie dei contratti vita, che vengono descritte per ramo, al ramo IV, si prevede un tipo di contratto che consiste nella "*assicurazione*

malattia e l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza, che siano garantite mediante contratti di lunga durata non rescindibili per il rischio di invalidità grave dovuta a malattia, infortunio o a longevità".

Rileggendo attentamente questa descrizione vien da pensare che la formula impiegata a livello normativo sia corretta: è quello di cui si ha bisogno, perché - sottolineo – il prevedere che la copertura operi anche quando vi sia una non autosufficienza dovuta a "longevità" e basta, cioè senza bisogno necessariamente che ci ricorra una specifica malattia accertata è senza dubbio una cosa positiva.

Questa caratteristica è ripresa nei contratti presenti sul mercato ove, nelle previsioni generali la non autosufficienza si ha quando ricorrono alcune fattispecie fattuali, cioè il non essere in grado di compiere certe attività. Tuttavia, questa affermazione di carattere generale deve spesso fare i conti con un successivo richiamo alla ricorrenza di uno stato patologico da accertarsi quale condizione di operatività.

In ogni caso, questo è l'inquadramento generale dato dal codice sulle assicurazioni private.

Poi però vediamo che lo strumento non è sempre e solo un contratto vita perché la LTC può anche avere ad oggetto prestazioni del ramo danni. Per questo aspetto dobbiamo andare a vedere il regolamento rami di IVASS che, all'articolo 8, ha precisato quando ci si trovi di fronte a un'assicurazione Long Term Care vita e quando invece ci si trovi di fronte ad una Long Term Care danni.

In particolare, al n.1 di tale articolo 8 viene classificata nel ramo vita IV l'assicurazione non rescindibile da parte dell'impresa che copre il rischio di non autosufficienza per invalidità grave dovuta a malattia, infortunio o longevità, quando la prestazione consiste nell'erogazione di una rendita. Questa è l'assicurazione vita Long Term Care. Al numero 2, invece, viene classificata nel ramo danni 2, malattia, la copertura assicurativa in cui la prestazione consiste nell'indennizzo totale o parziale del costo per l'assistenza, ovvero di una prestazione in natura nei limiti del massimale assicurato. Quindi qui noi abbiamo che quando si verifica la non autosufficienza, il rilievo è dato dal rimborso dei costi per delle visite specialisti-

che o cure. terapie oppure una prestazione in natura che è sostitutiva, diciamo, della somma che è data a forfait per i bisogni che sono nati dalla non autosufficienza, ma è inquadrabile nel ramo danni.

Questa distinzione è importante da tener presente perché poi quando si esamina l'articolato di polizza si va a scoprire ad esempio che questa sia un contratto di LTC “danni”, anziché vita, con delle ripercussioni molto importanti. Ad esempio, mi è capitato di analizzare una sentenza di Cassazione molto interessante dove si esaminava un’eccezione di prescrizione per l’inutile decorso di un periodo non superiore ai dieci anni. Al che, come prima reazione mi sono chiesto: ma i contratti Long Term Care non sono inquadrabili nell’assicurazione vita? No quella era una Long Term Care Danni.

Nel caso deciso dalla Cassazione, quindi, si è applicato il termine biennale, non quello decennale. In quel caso, si era verificata una non autosufficienza, che era derivata da malattia; lo stato di malattia era stato accertato nel corso di una ispezione, cioè di un ricorso all'INPS, parecchi anni prima di quando l'assicurato si è rivolto alla Compagnia per la non autosufficienza e quindi gli si è prescritto il diritto senza che lui se ne accorgesse.

È tranquillizzante? Non direi. Vuol dire che per acquistare e gestire correttamente questo tipo di contratti occorre un occhio veramente esperto, il che fa un po' a pugni con l’esigenza di allargare la platea degli assicurati o di considerarlo un rischio retail.

Nel caso ora esaminato la qualificazione del contratto come assicurazione danni ha comportato che la prescrizione decorre da quando si consolida la causa sulla quale si fonda il diritto per cui tu hai diritto all'indennizzo ovvero la malattia. Poi tornerò sul punto della longevità come causa indipendente che può far scattare l’operatività della copertura perché è interessante.

La durata del contratto di LTC può essere a tempo determinato o a vita intera. Anche qui ci sono delle peculiarità, perché ho visto delle polizze che sono stipulate come contratti in forma collettiva destinati al welfare che hanno valore di un anno, cioè sono stipulate per un anno, quindi adesso che questi siano contratti Long Term Care c'è da dubitare. Si prevede, però che tali contratti si possono rinnovare per un numero di anni, a

volte per 5, oppure fino a 10, ma anche 20, ma sempre subordinatamente a rinnovi e sempre però che tu faccia parte di quell'ente che ha pensato al welfare. Quando ti stacchi c'è un problema. Ulteriore problema, un clausolario che ho visto che adesso viene propagandato anche per casse di previdenza, dice che le proroghe e i rinnovi sono previsti ogni anno, ma il rinnovo è assicurato a quegli soggetti cui la Compagnia ha mandato l'invito per il rinnovo. Se non ti mandano l'invito, anche se vuoi rinnovare, tu non rinnovi e quindi ti trovi fuori dal programma. Quindi l'assicuratore dice: ho preso quattro anni dei tuoi premi, e me li tengo perché tu, nel frattempo, non sei diventato non autosufficiente; alquanto rischioso e non certo in linea con il paradigma normativo e regolamentare.

Poi veniamo all'oggetto della copertura. Questo è il fulcro. La copertura della Long Term Care scatta quando si verifica l'impossibilità a svolgere le attività della vita quotidiana specificamente elencate in polizza senza l'aiuto di un terzo, cioè quando è impossibile farle in modo autonomo e qui abbiamo un elenco di attività della vita quotidiana che variano da polizza a polizza.

Ad esempio, in una polizza che appare ben costruita e che viene anche promossa come contenente un clausolario adeguato, si fa una descrizione delle attività rilevanti in modo alquanto articolato e si dice*:*

"le attività elementari della vita quotidiana considerate per determinare la non autosufficienza sono le seguenti:

lavarsi: "*la capacità di farsi il bagno, la doccia o di lavarsi in altro modo. Ciò implica che l'assicurato è in grado di lavarsi da solo dalla testa ai piedi in modo da mantenere un livello soddisfacente di igiene personale spontaneamente, senza bisogno di stimoli esterni*".

Se io non sono in grado di fare questa cosa così descritta, ho un elemento di attività che non riesco a fare, che mi può far riconoscere lo stato di non autosufficienza.

Poi abbiamo **vestirsi***: "capacità di mettersi e togliersi tutti i vestiti ciò implica che l'assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi da solo in modo appropriato, dalla testa ai piedi, inclusa la capacità di mettersi e togliersi eventuali protesi ortopediche, la capacità di allacciarsi le scarpe o infilare le calze non è considerata determinante."*

Quindi attenzione, perché se tu dici io mi vesto, ma non riesco ad allacciarmi perché sento che mi viene un malore, non sei impossibilitato. **Nutrirsi**: *"capacità di mangiare autonomamente, cibo preparato da terzi, ciò implica che l'assicurato è in grado di tagliare il cibo, bere, portare il cibo alla bocca e inghiottirlo".*

Mobilità: *"capacità di muoversi all'interno della casa su superfici piane ciò implica che l'assicurato è in grado di muoversi eventualmente con l'aiuto di una stampella, una sedia a rotelle, etc.".*

Qui la prima parte appare sufficientemente definita, qualche dubbio sorge sulle caratteristiche incluse nell'eccetera eccetera.

La **continenza**: *"capacità di controllare le funzioni corporali cioè espletare mantenendo un sufficiente livello di igiene senza l'aiuto della terza persona ciò significa che l'assicurato è in grado di gestire i suoi bisogni in maniera autonoma. Questa definizione però non comprende la continenza urinaria totale. Una leggera incontinenza urinaria è comune nelle persone anziane".*

Quindi anche qua vi è da discutere. E poi spostarsi che non è come mobilità, ma **spostarsi**: "*capacità di muoversi dal letto alla sedia e viceversa, senza l'aiuto di una terza persona".*

Magari c'è gente che non riesce a alzarsi dal letto, poi magari quando è alzata o con una stampella va in giro.

Quindi qui abbiamo un elenco di sei attività ed il diritto alla prestazione si ha in caso di incapacità a svolgere almeno quattro delle attività elementari della vita quotidiana su sei.

Se quindi non sei in grado di svolgere quattro di queste attività su sei cumulativamente, quindi se tu hai una sola incapacità non hai diritto al TCL.

Poi c'è un'estensione che invece, diciamo, è benvenuta, cioè in caso di perdita irreversibile delle capacità mentali causate da morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile diagnosticate all'assicurato, cioè in questi casi non è un'impossibilità di svolgere un'attività, ma è un'affezione delle capacità cognitive dovute da Alzheimer, ebbene in questo caso si ha una situazione di presunta incapacità derivante da malattia. Lo stesso si trova in altre polizze anche se con una elencazione più limitata e con una descrizione un po' più leggera di queste attività.

Ciò che è importante notare è che queste descrizioni sono diverse da polizza a polizza, cioè leggermente diverse e però concorrono a formare gli elementi costitutivi del diritto all'indennizzo, quindi vanno provati da parte dell'assicurato, altrimenti non si ha diritto alla prestazione.

In aggiunta, oltre alle disposizioni che indicano cosa si copre, vi è anche la clausola fondamentale che parla delle esclusioni, la quale non solo dispone che vi sia copertura solo quando ricorre l'impossibilità di espletare quattro su sei delle attività sopra descritte, ma introduce anche delle esclusioni specifiche

Allora abbiamo che: "*sono escluse dalla garanzia dei casi di perdita di autosufficienza dovuti alle seguenti cause: dolo contraente o beneficiario, partecipazione attività dell'assicurato, atti dolosi, incidente di volo se l'assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio, partecipazione attiva a fatti di guerra, salvo che non derivi da obblighi verso lo Stato, quindi il militare, eccetera*, *partecipazione a attività di guerra civile, tumulti o sommosse, atti di terrorismo, tentativo di suicidio, lesioni provocate volontariamente, alcolismo e uso di droghe.*

Quindi se un soggetto che conduca una vita apparentemente rispettabile, o magari ricopra importanti cariche, ma tre volte a settimana si diverte a fumare marjuana con gli amici e questo si viene a sapere, rischia di non poter fruire della garanzia per la non autosufficienza; difatti l'esclusione non colpisce la situazione di chi è dipendente da droga, ma semplicemente chi ne fa uso.

Attenzione ai medicinali: vi è una esclusione in caso di rifiuto di seguire le prescrizioni mediche. Ci si chiede quindi cosa succede in una situazione dove vi è un vecchio idiosincratico che dice: "*io quella roba non la prendo e vessa i suoi familiari rifiutandosi di fare una TAC o altri esami e nel tempo diventa non autosufficiente*."

Ebbene egli rischia di non essere coperto. Qui ci troviamo nella zona grigia nella quale è dubbio se si è coperti.

Poi vi è una esclusione per "*contaminazione chimica batteriologica radioattiva, malattie nervose e mentali di origine non organica e che non risultano in un'effettiva e obiettivamente accertabile incapacità a svolgere*

le attività elementari della vita quotidiana. In questi casi la società paga l'importo della riserva matematica calcolato a quel momento".

In conclusione, quindi, abbiamo queste cause di esclusione, tra le quali quella che riguarda l'uso di droghe oppure la mancata assunzione di medicinali, che appaiono alquanto problematiche. Si pensi poi alle malattie nervose di natura non organica quali potrebbero essere le depressioni le quali possono generare una situazione di non autosufficienza.

Ma non basta. Ricorrono anche altri motivi di non copertura che sono indipendenti da queste esclusioni, cioè si dice – in positivo - che la garanzia è operante se lo stato di malattia o la non autosufficienza non preesistevano alla data di stipula.

Poi però questo principio è applicato anche nel periodo di carenza.

Ma ci sono periodi di carenza che sono abbastanza lunghi, anche un anno. Quindi diciamo che in questi casi io non ero non autosufficiente nel momento della stipula, ma divengo non autosufficiente dopo 8 mesi e questo però determina la scopertura dalla garanzia.

Poi c'è una cosa interessante, se anche prometto di coprirti la LTC per i casi di mera longevità, però non ti copro se scopro che prima della stipula ti è stata diagnosticata una malattia preesistente, fattispecie questa considerata come causa di esclusione; il che non mi sembra molto coerente. A volte, poi, viene prevista la compilazione di un questionario a volte invece no, a volte viene chiesto di rilasciare una dichiarazione semplice: stai bene? Sì, sto bene. Il che non serve a tutelare il cliente, dal momento che l'art.1892 c.c. pone a carico dell'assicurato l'onere di rendere dichiarazioni complete e veridiche sulla situazione di rischio, con la conseguenza che l'assicuratore può opporre la reticenza dell'assicurato nel caso in cui egli non abbia, sua sponte, dichiarato condizioni che oggettivamente sono influenti sulla assunzione del rischio di non autosufficienza così come descritto (mediante la combinazione di varie clausole) in polizza.

Ecco, faccio un passo indietro su quell'elemento della longevità come causa da sola ed esclusiva dell'impossibilità di svolgere le attività che *triggerano* il rischio.

Coglierei questo elemento legislativo come un elemento a favore della tesi, che io condivido, affermata dai giudici del Tribunale di Milano, ma che la Cassazione ancora aborrisce, circa il fatto che ci possono essere

polizze vita che contemplano come fatti della vita umana non solo la morte, la nascita o la nuzialità.

Quindi, quando noi diciamo che c'è un contratto di natura previdenziale, come sono molte polizze infortuni che ci sono sul mercato, per le quali se sussiste una polizza infortuni stipulata dal cliente e se poi il cliente subisce l'infortunio e fa un'azione di RC, ecco, il risarcimento viene difalcato dall'indennizzo preso in sede di polizza infortuni, io starei con la tesi del Dott. Spera che è contraria in questi casi al diffalco in quanto il beneficio che deriva dalla polizza infortuni è un capitale che viene versato a scopo di previdenza.

I detrattori dicono: ma quindi è un contratto vita, beh io dico, come dice Spera, è un contratto inquadrabile nel tipo previsto al secondo comma del 1882, cioè dove si promette una somma all'accadimento di un evento della vita umana.

Ora, proprio nella materia delle coperture LTC, mi sembra che vi sia la prova che anche situazioni diverse dalla mera morte o sopravvivenza, eccetera, sono eventi della vita umana che fan scattare una copertura, perché, nella formulazione di legge, la non autosufficienza non prevede che tu debba morire, ma solo che si verifichi una situazione di non autosufficienza la quale è idonea a far scattare la copertura di un contratto che è classificato come appartenente al ramo vita; e ciò, a mio avviso, è molto interessante.

Le polizze LTC funzionano quasi sempre con un periodo di carenza, cioè si stipula il contratto e poi è previsto un primo periodo nel quale se accade l'evento della non autosufficienza la garanzia non opera.

Nei contratti sovente sono previsti vari periodi di carenza. Solitamente i periodi di carenza partono dalle ore 24:00 dalla stipula, ma sono poi scaglionati a seconda dei rischi, cioè in caso di infortunio la copertura è immediata, in caso invece di rischio di longevità, spesso hanno il periodo di carenza è di almeno un anno.

Se invece la non autosufficienza deriva da Alzheimer è prevista una carenza di tre anni, il che è tanto! Ma soprattutto, se io ho una formula di polizza annuale perché finché non la rinnovo vuol dire che al primo anno io pago un premio ma sono in carenza, quindi pago per nulla.

Se poi l'assicuratore non ha la grazia di dirmi se vuoi puoi rinnovare, sono fuori. Ciò per dire che, a volte, tali disposizioni non sono ben coordinate fra loro. Questo è un problema.

Poi c'è il differimento, cioè quando io bene ho dimostrato di essere in una situazione di non autosufficienza la rendita mi viene pagata dopo 90 giorni almeno se non di più, quindi devo anche subire questo ritardo nel sollievo che potrei avere dalla polizza. Quanto al problema che può nascere dalla individuazione del regime di prescrizione applicabile ho detto prima: occorre fare attenzione al fatto che la polizza sia una LTC danni o un LTC vita, difatti se la polizza è danni la prescrizione applicabile è di due anni e può anche decorre da un momento che spesso il cliente non riesce a identificare, cioè il consolidamento dello stato di malattia che a volte sfugge.

Da ultimo, non posso trascurare un altro problema, che secondo me è molto critico. Alludo alla questione dell'accertamento in concreto dello stato di non autosufficienza.

Abbiamo visto che, in dipendenza del wording delle polizze, si ha non autosufficienza quando ricorre un cumulo di attività descritte nell'oggetto, le quali che vanno dimostrate come esistenti avanti all'assicuratore, con le caratteristiche descritte in contratto.

Ora l'assicuratore è possibile che non abbia un quadro sufficientemente chiaro di quando, possano dirsi avverate le condizioni che triggerano l'operatività della garanzia, ossia se ricorrano due ipotesi su quattro di svolgere certe attività.

Quindi su cosa si basa l'accertamento dell'Assicuratore?

Si dice sulla base di documentazione medica il più possibile attendibile, quindi c'è una tipo una perizia di parte o c'è un referto degli ospedali, eccetera e quindi nella fase di liquidazione vi è da svolgere una complessa fase di raccolta di informazioni, da eseguirsi facendo compilare dei questionari molto dettagliati e con una valutazione del medico legale di Compagnia che deve capire se veramente ci si trova di fronte a quelle situazioni.

Ci può essere la dimostrazione di una certa malattia, ma ciò magari non è sufficiente a provare che l'assicurato è impossibilitato a fare quella certa attività, quindi come poi si riesca ad accertare in concreto se veramente c'è questa impossibilità a svolgere attività penso che sia alquanto complesso.

È, quindi, legittimo chiedersi cosa si dovrebbe fare in questi casi. Si può pensare che sia opportuno farlo decidere in arbitrato, arbitrato libero, diciamo. Questa modalità di definizione di tali controversie di natura tecnica è prevista nelle polizze infortuni; si chiama in gergo "l'arbitratino medico" quando si discute se c'è a quel punto invalidità o no, se quella invalidità triggera la garanzia; attenzione che gli arbitratini in campo infortuni sono in realtà arbitrati liberi sull'*an debeatur*, perché a seconda di cosa dice l'arbitratino si è in grado di stabilire se il sinistro è coperto o non è coperto, e questo punto è molto delicato.

Ricordo che, però, non si può obbligare il cliente consumatore ad andare in arbitrato piuttosto che adire il proprio giudice naturale o svolgere le forme di ADR previste in materia assicurativa, perché sarebbe una clausola vessatoria.

Però nei clausolari che ho esaminato si prevede che se c'è una controversia sul fatto che spetti o no una rendita per non autosufficienza, c'è la possibilità di andare, se lo si chiede entro 30 giorni dalla reiezione del sinistro, in arbitrato libero davanti a un collegio medico.

Questa procedura io non so se sia sufficientemente "oliata" e come sia applicata nella liquidazione dei sinistri LTC. Di certo non si può obbligare il cliente, ma è possibile che quest'ultimo possa ritenere che sia un mezzo appropriato e più celere. Un simile arbitrato è vincolante se deciso a maggioranza, però attenzione che per avere il riconoscimento di del diritto all'indennizzo per la polizza LTC bisogna passare degli step che sono impegnativi dal punto di vista anche istruttorio.

Faccio un ultimo passaggio provando a fare qualche riflessione chiedendomi come si pone il nuovo strumento dell'Arbitro assicurativo con la problematica in discussione.

Nella pratica potrà presentarsi la concorrenza fra questo arbitrato e il ricorso all'Arbitro assicurativo che aggiungerà complessità alla materia. Uno perché se poi viene fatto dopo l' "arbitratino" di polizza si può provocare l'*improcedibilità* del ricorso all'Arbitro assicurativo, ma ciò che più importa è che, con tutta probabilità, in questa materia il cliente che in buona fede si è avvicinato a queste polizze LTC non potrà andare davanti all'Arbitro assicurativo senza spendere niente per il proprio avvocato, perché le

controversie in cui è necessario un accertamento tecnico o medico legale non possono essere devolute all'arbitro assicurativo.

Quindi un ulteriore problema nella diffusione di questo strumento, cioè strumento complesso da liquidare con molta attenzione, con un sacco di *know how* e di esperienza dove il cliente, nella maggioranza dei casi, non potrà avere la tutela dell'Arbitro assicurativo.

Questo, per me, per come sono adesso conformate le polizze LTC, costituisce un ulteriore ostacolo a rendere appetibile la stipula di questi contratti.

In conclusione, ed in generale, credo che – allo stato - vi sia una oggettiva difficoltà a diffondere tali tipi di contratto presso una clientela sempre più vasta a meno che non si faccia uno sforzo intelligente di adeguamento dei clausolari di polizza alle vere esigenze di chi si venga a trovare in uno stato di non autosufficienza.

CAPITOLO VII

Il diritto alla cura nella non autosufficienza tra obblighi costituzionali e limiti della finanza pubblica: analisi della giurisprudenza *(Avv. Paolo Donato)*

Sono il responsabile di un ufficio in una compagnia di assicurazioni che si occupa di liquidazione di sinistri gravi di responsabilità civile generale.

Questo convegno mi ha molto interessato fin da quando Aida Lombarda ha deciso di organizzarlo, mi ha interessato soprattutto dal punto di vista personale, perché la mia presenza qui è volta più che altro a testimoniare in concreto su che cosa può capitare ad una persona che ha necessità di sostegno per una sua condizione di non autosufficienza, visto che, da circa un anno, mio padre è ricoverato in una RSA.

Mio padre soffre di demenza senile da un certo numero di anni, cosa che si è aggravata nell'ultimo periodo e quindi io ho vissuto personalmente tutte le difficoltà che sono state menzionate nei precedenti interventi.

Proprio perché il tema mi interessava personalmente, ho cominciato ad approfondire la cosa anche da un punto di vista giuridico soprattutto perché questo è un po' quello che mi aveva spinto ormai tanti anni fa a intraprendere la carriera di giurista. Era proprio quella la motivazione: capire, per un determinato argomento, come stessero veramente le cose e devo dire che questo approccio mi è stato molto utile perché ho fatto uno studio personale sull'argomento e sono venute fuori tante cose che non sapevo neanch'io, confessando la mia aperta ignoranza sulla materia.

La prima cosa che mi ha profondamente colpito sono veramente questi impressionanti numeri del fenomeno, che in parte sono già stati declinati negli interventi precedenti.

Secondo un rapporto Istat del 2021 c'erano 3.860.000 anziani non autosufficienti, tra l'altro se noi consideriamo gli ultra ottantacinquenni, la percentuale di non autosufficienti arriva al 63,8%, cioè sostanzialmente se uno ha più di 85 anni può considerarsi fortunato ad essere autosufficiente.

Tra l'altro questi numeri andranno sempre ad aumentare e oltretutto aumenteranno con una progressione veramente preoccupante perché si dice che nel 2030 si arriverà a 4,4 milioni, nel 2050 arriveranno a 5,4 milioni, che significa il 10% della popolazione.

Tra l'altro, attualmente, questi anziani non autosufficienti sono assistiti per una quota di 975.000 soggetti da badanti o assistenti a tempo parziale, quindi a domicilio,-mentre 350.000 di queste persone non autosufficienti sono ricoverate in strutture residenziali di vario genere. Quindi la restante parte, rispetto al numero che ho detto prima, non ha nessuna assistenza, cioè sostanzialmente ci sono dei familiari che assumono il gravoso ruolo di *caregivers.*

La cosa più impressionante è la spesa lorda per assistenza alla non autosufficienza domiciliare residenziale, che è pari a 34 miliardi e 297 milioni di euro.

È una cifra enorme in Italia. Ho fatto un po' di conti a scalare. Da questa somma, dobbiamo togliere gli importi relativi all'indennità di accompagnamento, quella che corrisponde ~~al~~l'INPS dopo un calvario infinito.

Questa indennità di accompagnamento cuba per 7 miliardi circa, poi si deve togliere la pensione di invalidità nei casi in cui l'insorgenza della non autosufficienza, sia capitata in periodo lavorativo e quindi togliamo altri 4 miliardi di euro.

Togliamo ancora quel contributo regionale del servizio sanitario di cui vi dirò in seguito per il pagamento delle rette delle RSA e il contributo dei Comuni per la c.d. integrazione alla retta per un importo totale che è pari a circa un miliardo e 700 milioni di euro.

Arriviamo a un netto a carico delle famiglie non coperto da nulla di 21 miliardi e 0.93 milioni. Di questi 21 miliardi di euro la quota coperta dall'assicurazione Long Term Care, sia ramo danni che ramo vita, si aggira all'incirca sui 300 milioni di euro, cioè noi abbiamo 21 miliardi ancora da coprire.

Questo per darvi un pò l'ambito della situazione in cui ci troviamo.

Questo è lo scenario: per cui è come se su ognuno di noi gravasse una copertura assicurativa che sostanzialmente, a fronte di una esigenza di 100, ti copre 30 circa.

Attualmente è in corso una guerra terrificante fra tutti i soggetti che in qualche modo sono protagonisti di questa situazione, perché da un lato abbiamo il servizio sanitario nazionale articolato attraverso le regioni e le ASL che sono i soggetti su cui grava una buona fetta di questa di queste prestazioni, c'è l'INPS, altra parrocchia su cui grava un'altra fetta di prestazioni, ci sono i comuni, perché poi vedremo che anche i comuni hanno una limitata partecipazione a questo genere di esborsi, ci sono le assicurazioni che non sono ancora entrate in questa lotta, proprio perché il loro ruolo è, come abbiamo visto, relativamente ridotto e poi ci sono le famiglie.

Voi tenete presente che nella situazione piemontese, io posso parlare della situazione piemontese perché io sono di Torino, mediamente una retta di una RSA che non sia un sottoscala dove poter alloggiare i propri cari si aggira mediamente fra i 3.200 e i 4.000 € al mese.

Tenendo conto di tutto quello che ci siamo detti prima, per cui nella migliore delle ipotesi uno può essere ritenuto coperto diciamo per un terzo della sua prestazione, capirete anche voi che gravano sulla persona circa 30.000 € l'anno mal contati che sono una bella somma, tenendo presente poi che le persone più diventano anziane e più sono resistenti, questi esborsi netti di 30.000 € l'anno in teoria si possono proiettare per un certo numero di anni erodendo e, a volte, cancellando i risparmi delle famiglie.

Ora capite che se una famiglia non ha dei risparmi da parte, queste somme non le può sopportare.

È successo che questa tensione fra tutti questi soggetti si sia ovviamente manifestata in tutta una serie di sviluppi normativi che ci sono stati nel corso degli anni.

Non ve li cito tutti perché sono infiniti, e poi si sovrappongono anche fra di loro.

Però fin dagli anni '30 del '900 il problema esisteva e la linea guida di fondo è sempre stata quella di dire tendenzialmente che la metà di tutto questo pacchetto dovesse essere in qualche modo sostenuta dal servizio pubblico e l'altra metà dalle famiglie, con la possibilità di intervento da

parte dei Comuni per alleviare la situazione di quelle famiglie indigenti che non sono in grado neanche di sostenere questo esborso della metà.

È successo che a un certo punto, e qui vado avanti abbastanza veloce, nel 1983, quindi molto tempo dopo, c'è stato un intervento legislativo abbastanza misconosciuto che è praticamente quello su cui si basa tutta la giurisprudenza attuale di cui vi parlerò e praticamente questo articolo 30 della legge 730 del 1983, che è una cosa che è passata abbastanza in sordina.

Questo articolo 30 nella prima parte dice così: *sono a carico del fondo sanitario nazionale, che sarebbe il servizio sanitario nazionale, gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali*.

Ora sembra una frase molto neutra, in realtà cosa dice? Come è stata interpretata dalla giurisprudenza che vedremo, praticamente dice che, quando ci sono dei costi relativi ad attività che si intendono intrinsecamente connesse con l'attività sanitaria, cioè ad esempio per una persona che soffre di demenza senile è inutile distinguere fra prestazioni di tipo, tra virgolette, alberghiero e prestazioni sanitarie, in queste situazioni il servizio sanitario nazionale non può fare quella distinzione che avevamo visto prima, 50 e 50, ma deve sostenere integralmente i costi di questa prestazione unificata, assistenziale, più sanitaria.

Ovviamente questa cosa, passata in cavalleria per tanti anni, con il peggiorare, col deteriorarsi della situazione economica globale delle famiglie, questa cosa qui è stata giustamente utilizzata da dei legali che assistevano queste famiglie per cercare di ottenere dal servizio sanitario nazionale la partecipazione totalitaria alla spesa di assistenziale.

Quindi è nata tutta una giurisprudenza molto complessa, in cui nei primi casi le persone sono dovute andare fino in Cassazione per vedere riconosciuto il loro diritto, adesso so che peraltro c'è stata una recentissima sentenza anche della Corte d'appello di Milano che conferma ancora questa cosa qua e si è partiti fin dall'inizio degli anni '90 con una figura molto particolare di persone non autosufficienti che sono i malati di mente cronici.

C'è stata tutta una serie di pronunce negli anni '90 che diceva sostanzialmente che, visto che all'epoca si diceva che alla ASL competeva essenzialmente il rimborso delle prestazioni per acuti, si faceva la differenza fra situazioni acute e situazioni croniche.

La giurisprudenza ha cominciato a dire che per certe categorie di persone non autosufficienti non si può fare questa distinzione perché, ad esempio, per quanto riguarda mio padre il tutto è iniziato con un'acuzie in ospedale, è stato ricoverato qualche mese in ospedale e poi è passato direttamente dall'ospedale alla RSA, ma senza soluzione di continuità.

Per cui in effetti questa giurisprudenza dice che in situazioni di questo genere, dove non c'è una distinzione netta fra fase acuta e fase cronica, il servizio sanitario nazionale in teoria, anzi in pratica anche, dovrebbe sostenere integralmente le spese.

Dalla la prima sentenza del 2012, poi ne sono saltate fuori molte nelle quali si è esteso questo ragionamento, che era stato iniziato per i malati di mente cronici, anche per le persone che soffrono di demenza senile, quindi Alzheimer e anche altre forme di demenza senile (ad esempio quella per vasculopatia che è abbastanza diffusa purtroppo e che è misconosciuta rispetto all'Alzheimer).

C'erano delle soluzioni regionali in cui il comune anticipava la quota privatistica e che poi andava a recuperare dai cittadini.

I cittadini, subivano l'ingiunzione da parte del comune per il recupero di quello che il comune aveva anticipato per conto loro, perché il comune non li riteneva in situazioni di indigenza resistevano contestando, sulla base di questa legge del 1983, la debenza di queste somme e la giurisprudenza dal 2012 in poi ha cominciato a dare ragione ai cittadini, dicendo che quando non ci sia una netta distinzione fra prestazioni sanitarie e prestazioni tra virgolette alberghiere, non si può fare quel riferimento a quella suddivisione paritetica fra cittadino e servizio sanitario nazionale già ricordata, ma tutto, proprio in virtù di quella legge del 1983, deve andare a carico del servizio sanitario.

Questa impostazione è stata seguita da moltissime sentenze della Cassazione nel 2016, 2017, 2019, 2023, anche nel 2024, e quindi sembra essere un orientamento consolidato.

Nonostante questo orientamento, che è molto più solido rispetto ad altri orientamenti che mi è capitato di vedere nella mia pratica quotidiana, in realtà il sistema ancora adesso funziona come vi ho detto prima, cioè spontaneamente le ASL non rimborsano alcunché al 100%, per cui devi far causa. Ecco, questo ve lo do per certo. È una cosa che fa anche un po' rabbia.

Perché purtroppo esiste una legge del 1983 che non è ancora stata abrogata, esiste un'interpretazione pressoché univoca della giurisprudenza e gli operatori pubblici, nonostante questo, rimangono fermi sulle loro posizioni essenzialmente perché c'è una ragione economica di fondo: non ci stiamo dentro coi conti e mancano i fondi per questo tipo di assistenza.

Ovviamente questo è quello che dice la Cassazione, però anche presso i giudici di merito c'è una giurisprudenza in questa materia ormai sterminata.

Qui ho citato sentenze di Roma, Verona, Prato, Monza, Torino, Milano, Corte d'Appello di Milano, Foggia, Firenze, Grosseto e probabilmente ce ne saranno anche altre.

Queste sono quelle che ho trovato io.

Corte d'Appello di Trento ammetterebbe anche la possibilità di agire contro la struttura. Personalmente la ritengo un pò un'azione un pò antipatica, se ovviamente il rapporto con la struttura si è sviluppato in maniera sana, però c'è anche questa possibilità.

Anche la giurisprudenza amministrativa è entrata nel tema.

È successo che ci sono state delle beghe fra amministrazioni, specialmente fra comuni e ASL, praticamente per la competenza su determinate spese e sostanzialmente gran parte delle sentenze del Consiglio di Stato, analogamente a quello che è successo per la Cassazione, hanno detto che il tutto dovesse spostarsi verso la sanità nazionale, non tanto verso i comuni.

Questo capitava soprattutto in passato, perché in passato in certe regioni d'Italia veramente i comuni anticipavano per conto delle famiglie e poi andavano a recuperare o dalle famiglie o si innescava un contenzioso fra comune e ASL per riuscire a ripartirsi gli oneri.

C'è anche una certa giurisprudenza per quanto riguarda la cosiddetta integrazione alla retta, che sarebbe quell'intervento che i comuni fanno in presenza di determinate situazioni di indigenza a favore di quel famoso 50% che, nonostante tutto quello che ho detto prima viene considerato ancora a carico diretto delle famiglie, le famiglie hanno la possibilità in alcuni comuni a Torino, ad esempio, esiste questa cosa, presumo che esista anche a Milano, non ho fatto un'indagine specifica, ma presumo che succede an-

che a Milano in presenza di certi indicatori che dovrebbero essere dovrebbero essere basati sull'ISEE e lo dico perché la normativa sull'ISEE prevede che esso sia l'unico sistema autorizzato per certificare la situazione di indigenza per usufruire o meno di queste di queste prestazioni.

Alcuni comuni pretendono per l'accertamento della situazione di indigenza non solo l'ISEE, ma pretendono anche altre cose. Cioè, pretendono, ad esempio, che i familiari stretti forniscano delle fideiussioni.

E questo nonostante che l'ISEE che viene preso in considerazione sia il cosiddetto ISEE residenziale, che comprende già una quota di ISEE dei familiari non conviventi (quindi già nell'ISEE residenziale c'è una quota di "partecipazione" al sistema da parte dei famigliari stretti).

Alcuni Comuni invece pretendevano di intervenire solo qualora i familiari tenuti alle obbligazioni alimentari, secondo il codice civile, dimostrassero di non poter assolvere alla loro obbligazione alimentare, cosa che non c'è scritta da nessuna parte.

Infatti anche i Tar, più volte interessati da questi provvedimenti impugnativi dei provvedimenti di diniego da parte dei Comuni per l'integrazione alla retta, hanno quasi tutti emesso pronunce di annullamento.

Qualche ente pubblico ha allora cominciato a dire: sì, noi vorremmo tanto intervenire a vostro favore, peccato che abbiamo dei vincoli di bilancio e non abbiamo i soldi.

Allora qui è intervenuto il Consiglio di Stato nel 2017 dicendo che i vincoli di bilancio sono assolutamente irrilevanti perché giustamente le amministrazioni pubbliche devono tutelare i cittadini, quindi da dove tirino fuori i soldi, da un certo punto di vista è irrilevante.

C'è però una cosa simpatica perché nel 2015, e questa è una cosa che ha interessato purtroppo la Regione Piemonte: il Consiglio di Stato ha detto che nel caso di regioni che siano soggette ai cosiddetti famigerati piani di rientro, praticamente le regioni che hanno la sanità in dissesto e che devono in qualche modo rientrare facendo tagli sulla spesa, sarebbe prevista una specie di deroga rispetto al principio che abbiamo visto prima e quindi sarebbe possibile far prevalere i vincoli economici per il rientro rispetto all'adempimento dei propri obblighi di copertura della spesa sanitaria a favore dei cittadini e quindi sarebbe possibile prevedere delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni.

Ora tenete presente che questa è una cosa estremamente ipocrita, a mio modo di vedere, Ora, per mio padre cosa è successo?

Dopo aver passato 8 mesi prima di avere una risposta, è stato finalmente qualificato come urgente alla seconda valutazione e uno si aspetta quando uno viene qualificato come urgente se l'italiano ha un significato, significa che ha urgenza di queste prestazioni. Ora l'urgenza per la ASL significava far passare altri tre mesi. Ora io vi ricordo quanto costa al mese una retta di una RSA che costa più o meno tra i 3500 e i 4.000 €, il che significa 12.000 € in più.

Tenete presente che poi quando viene riconosciuta la Convenzione, a differenza di quello che capita per l'accompagnamento in cui l'INPS riconosce gli arretrati ecco, e qui va dato atto che l'INPS almeno riconosce gli arretrati, quando viene accesa la convenzione con la ASL e quindi la ASL comincia a compartecipare alla retta, non riconosce alcun arretrato.

Quindi i soldi che voi avete speso li avete spesi e non tornano più indietro.

Ultimamente c'è questo decreto legislativo del 2024 sulla non autosufficienza. che in realtà non risolve niente perché demanda tutto a decreti attuativi che non si saprà mai quando vedranno la luce.

In ultimo è successa una cosa molto curiosa: vi ricordate che nel 1983 c'è stata quella famosa legge su cui si fonda tutto questo articolato?

Hanno tentato qualche mese fa di spazzarla via perché hanno cominciato a pensare: ma se tutti fanno causa, ci tocca pagare.

E allora cosa han detto? Facciamo un bell'emendamento inserito magari dentro una di quelle "*leggione*" che mai nessuno legge e con quell'emendamento abroghiamo parzialmente l'articolo tre, lo modifichiamo per far sì che praticamente venga stabilito un 70% a carico pubblico e 30% a carico di cittadini oltretutto anche con una valenza molto discutibile dal punto di vista costituzionale, retroattiva rispetto ai procedimenti in corso.

Questa roba si è arenata alla Commissione Bilancio ufficialmente per i motivi di possibile incostituzionalità che ho già indicato, mentre in realtà si è arenata perché la Commissione Bilancio si è accorta che non c'erano neanche i fondi per finanziare quel 70%.

Riassumendo, se le assicurazioni veramente vogliono, come dovrebbero, funzionare in integrazione rispetto a quello che fa il pubblico, bisognerebbe prima sapere che cosa può fare il pubblico, per cui secondo me, modestamente parlando, bisognerebbe che ci fosse un intervento legislativo che definisca, su tutto il territorio nazionale, fino a dove può arrivare il pubblico, perché solo da quel punto di partenza lì in poi effettivamente le assicurazioni possono fare la loro parte.

CAPITOLO VIII

La Tabella Unica Nazionale: ambito applicativo e prospettive future *(Prof. Giulio Ponzanelli)*

SOMMARIO 8.1. Introduzione: la centralità della quantificazione del danno, sia patrimoniale sia non patrimoniale – 8.2. Il passaggio da un sistema di valutazione del danno ex post ad una valutazione ex ante – 8.3. Il consolidamento delle Tabelle Giudiziali e l'intervento del Codice delle Assicurazioni (2005) – 8.4. La stagione della c.d. supplenza giudiziale – 8.5. I problemi posti dal DPR12/2025: generalità, retroattività e non digressione – 8.6. Alcune brevi conclusioni sulla sostenibilità.

8.1. Introduzione: la centralità della quantificazione del danno, sia patrimoniale sia non patrimoniale

Vorrei brevemente affrontare i tre problemi nati in questi primi mesi di attuazione della TUN, già del resto indicati dall'avvocato Mariotti nella Sua Introduzione:

- la retroattività della TUN;
- La generalità della TUN;
- se la TUN possa o non possa contenere una previsione di non regressione: verificare, cioè, se il quantum risarcitorio assicurato dalle Tabelle Giudiziali prima dell'entrata in vigore della TUN, possa o non possa essere modificato dal legislatore nell'esercizio della sua discrezionalità.

Questi sono i problemi sui quali mi soffermerò. Al tempo stesso vorrei collocare la TUN all'interno di un quadro generale che è diventato sempre più importante.

Noi, infatti, dopo l'entrata in vigore del d.P.R. 12/2025, discutiamo di retroattività, di generalità, di non regressione a livello di output risarcitorio, ma questa discussione deve essere collocata in quello che è divenuto il tema centrale della responsabilità civile di questi anni, e cioè la quantificazione del danno non patrimoniale. Con una importante precisazione perché anche la quantificazione del danno patrimoniale, soprattutto nelle lesioni di non lieve entità, cioè le macro-permanenti, si presenta importantissima, se solo si pensa al valore delle protesi, al costo degli interventi medici, eccetera. Riccardo Zoia può correggermi sul punto, ma nelle macro-permanenti la quantificazione del danno patrimoniale è ancora più delicato e difficile dei profili inerenti all'accertamento e alla quantificazione del danno non patrimoniale.

Finalmente al centro del discorso sulla responsabilità civile viene collocato il tema della quantificazione del danno, patrimoniale e non.

Se noi chiudiamo gli occhi e guardiamo indietro, il tema della quantificazione del danno non era considerato un tema serio e rigoroso, tale da richiamare l'attenzione della dottrina giuridica.

Al momento della codificazione del 1942, la quantificazione del danno spettava infatti al giudice *ex post,* tramite normalmente l'apprezzamento equitativo previsto dagli articoli 1226 e 2056, sempre però con una valutazione successiva, temporalmente, al momento della commissione del fatto illecito. In questa prospettiva, esistevano i presupposti perché anche in Italia avrebbe potuto prendere corpo e consistenza l'idea che la responsabilità civile sia una sorta di lotteria, come è accaduto in altri paesi, in cui il livello del risarcimento viene fissato, *ex post,* da giudici più generosi o da altri invece più severi nel riconoscimento del danno non patrimoniale.

Ovviamente al momento della codificazione del 1942 non si discuteva della quantificazione ma non se ne discuteva anche quando, siamo negli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso, si è attraversata forse la stagione più densa intellettualmente, con contributi dottrinali che ancora oggi dopo oltre metà secolo vengono esaminati attentamente perché recano il pensiero di veri e propri giganti del diritto che oggi non esistono e questa carenza è ragione di grande tristezza.

Pensate a quando scrive Stefano Rodotà il problema della responsabilità civile nel 1964, pensate quando il mio maestro, Francesco Donato

Busnelli, scrive la lesione del credito da parte di terzi, rendendo risarcibile con la tutela aquiliana non solo i diritti soggettivi assoluti, ma anche i diritti soggettivi relativi.

Pensate anche alle opere di Pietro Trimarchi e Mario Comporti, alle bellissime note scritte da Rodolfo Sacco e Piero Schelesinger.

Insomma, le frontiere della responsabilità civile (espressione molto suggestiva ed efficace nel delineare il procedere costante delle regole di responsabilità civile), avanzano, vengono assoggettare al perimetro della responsabilità aquiliana nuove aree e nuovi territori, ma non si affronta più di tanto il problema del *quantum*, tanto che nel caso Meroni, quello che ha siglato la svolta rivoluzionaria della tutela aquiliana estesa alla lesione dei diritti di credito, la Corte d'Appello di Genova che deve determinare il concreto danno subito dalla associazione calcistica Torino per la morte del suo giocatore riconosce un risarcimento simbolico (*nummo uno*) perché , a torto o a ragione , l'Associazione calcio Torino non aveva provato nessun danno.

8.2. Il passaggio da un sistema di valutazione del danno ex post ad una valutazione *ex ante*

Il passaggio da una valutazione del danno non patrimoniale *ex post* ad una valutazione invece basata su un criterio *ex ante* avviene nel 1995 con l'elaborazione pretoria delle prime Tabelle, "sdoganate" dalla Corte costituzionale del 1986 che aveva imposto con l'autorevolezza del proprio ruolo l'assoluta necessità, non più rinviabile, di adottare criteri uniformi nella liquidazione del danno non patrimoniale , *mission* che da impossibile , almeno secondo l'autorevole opinione di Cesare Salvi, diviene possibile attraverso una grande convenzione che abbraccia giuristi, giudici, medici legali, assicuratori , in sintesi tutti gli attori della responsabilità civile . Si raccolgono sentenze, cominciano ad essere fissati i primi contatti, nasce e si sviluppa un confronto: era forse il periodo dilettantesco, perché poi le Tabelle Giudiziali avrebbero acquistato migliore consistenza e qualità.

Le Tabelle Giudiziali riguardano però dichiaratamente solo una parte di tutto il pianeta della responsabilità civile: esse infatti limitano la

loro operatività al settore RC auto, che non è mai stato considerato un settore molto elegante dal punto di vista della dottrina, anche se nel 1970 Guido Calabresi, gigante italo-americano del pensiero giuridico ed economico, nato a Milano nel 1932, divenuto poi Dean della più prestigiosa Law School nordamericana , intitola il suo libro , tradotto in 13 lingue, 'The Cost of Accident', riflessione scientifica che nasce proprio dall'analisi della "automobile circulation".

Non era considerato "elegante" parlare di quantificazione del danno, quasi che la quantificazione dei vari pregiudizi, patrimoniali e non, fosse compito di esclusiva competenza dei pratici, quando invece chiaramente la quantificazione è tema non solo importante ma che diventa centrale per verificare le funzioni stesse delle regole di responsabilità civile.

8.3. Il consolidamento delle Tabelle Giudiziali e l'intervento del Codice delle Assicurazioni (2005)

Come anticipato, nel corso degli anni, le Tabelle Giudiziali migliorano, diventano più accurate e complete, ma riguardano sempre la parte della responsabilità civile costituita dalla circolazione auto, perché statisticamente più frequenti sono i casi di responsabilità civile derivanti dalla circolazione auto. Il fenomeno della circolazione auto era talmente importante anche nella sua dimensione economica che il Codice delle Assicurazione nel 2005 previde negli articoli 138 (Lesioni di non lieve entità) e 139 (lesioni di lieve entità) che la liquidazione dei danni non patrimoniali fosse determinata da Tabelle, questa volta non giudiziali ma normative; subito emanate per le lesioni di lieve entità e che invece hanno dovuto aspettare quasi vent'anni prima dell'emanazione del D.P.R. 12/2025.

La primazia delle Tabelle Giudiziali finisce nel 2005 o meglio avrebbe dovuto finire nel 2005. Per l'assoluta importanza economica del fenomeno, il legislatore aveva deciso di entrare direttamente *in medias res* nella piena consapevolezza che il risarcimento del danno alla persona sia questione così importante e centrale che non può essere lasciata alla sola giurisprudenza, che pur era stata il motore incessante della trasformazione delle regole di RC.

Il legislatore è chiaro: nel 2005 non si era ancora verificata la proliferazione dele Tabelle Giudiziali, ma si sente la necessità che il risarcimento in una responsabilità civile assicurata (nel caso della circolazione auto, ove è prevista una responsabilità obbligatoriamente assicurata e addirittura bilateralmente) sia fissato dal legislatore.

Per le lesioni di lieve entità si provvede subito e, subito, vengono sollevate questioni di costituzionalità dell'art.139 perché la norma prevede un risarcimento del danno non patrimoniale ridotto di circa il 20% rispetto alle altre ipotesi di responsabilità e questo potrebbe ledere il generale principio di uguaglianza ma la Corte Costituzionale nella importante decisione dell'ottobre 2014 (235/2014) ebbe modo di chiarire persuasivamente che il minor livello del risarcimento era giustificato dall'interesse pubblico ad avere un più contenuto livello dei premi assicurativi e che la violazione del principio di uguaglianza era quindi giustificata dalla presenza di un preciso interesse pubblico .

Per le lesioni di non lieve entità ci sono voluti, invece, oltre 19 anni per veder approvata la TUN e questo ritardo è la causa delle tante incertezze che si sono sviluppate in questi anni e che sono poi alla base dell'ordinanza pregiudiziale di rinvio sollevata dal presidente del Tribunale di Milano nel luglio 2025 e che è già stata giudicata ammissibile e per la quale si attende la fissazione della camera di Consiglio[1] .

In questi 19 anni e mezzo, infatti, le Tabelle Giudiziali hanno assunto una importanza ancora più centrale, proprio per la mancata attuazione dell'art.138 Codice delle Assicurazioni (la c.d. stagione della supplenza giudiziale), ma sono cresciute di numero. Il legislatore è, infatti, uno, mentre le giurisprudenze sono diverse e l'esistenza di una pluralità di Tabelle Giudiziali ha reso ingestibile la situazione del risarcimento del danno alla persona, alimentando la patologia da *forum shopping* che viola in modo aperto l'unicità del diritto. E la pluralità di Tabelle Giudiziali è stata facilitata, se non determinata dal ritardo legislativo perché se il legi-

[1] Come è noto, la Cassazione ha poi deciso sulle questioni sollevate dal tribunale di Milano con la decisione del 7 aprile 2026, n.8630 di cui non si può tenere conto perché al momento dell'incontro AIDA non conosciuta.

slatore nel 2005 avesse nei termini allora previsti attuato la delega, la Repubblica delle tante tabelle Giudiziali (che finisce poi per divenire a tutti gli effetti la Repubblica della torre di Babele) non si sarebbe certo formata.

8.4. La stagione della c.d. supplenza giudiziale

Certo, c'è stata la decisione Amatucci che nel 2011 (12408/2011) riconobbe alle Tabelle Giudiziali elaborate dall'Osservatorio della Giustizia civile di Milano una validità para normativa, ma quell'espressione contiene al suo interno la situazione di incertezza che non poteva cessare se non con l'approvazione della TUN, avvenuta però in clamoroso ritardo.

Questo è quanto successo: il legislatore è stato gravemente colpevole perché ci ha messo vent'anni per attuare la delega, non rendendosi conto che proprio questo ritardo ha determinato i problemi che siamo chiamati a risolvere, che il povero Damiano Spera ha cerca di risolvere con l'aiuto nomofilattico della Corte di cassazione. Si chiedono luci su retroattività e generalità della nuova TUN, ma il vero problema è la coesistenza tra una Tabella Unica Nazionale e Tabelle Giudiziali. E si sono chieste luci alla Cassazione perché i giudici di Cassazione sono gli oracoli del diritto, e i giudici di merito autorevoli e seri come Damiano Spera o come a Venezia Roberto Simone, chiedono una condivisione delle loro scelte interpretative da parte della Corte di cassazione.

Damiano Spera non poteva che fare diversamente per le incertezze presenti nella prima applicazione della TUN ma tutto nasce da questi 19 anni e mezzo di ritardo.

8.5. I problemi posti dal DPR12/2025: generalità, retroattività e non digressione

Il Decreto indica chiaramente, quasi solarmente, che i criteri di determinazione del danno si applicano ai fatti illeciti posti in essere successivamente al 5 marzo 2005, data di entrata in vigore del Decreto

Siccome le Tabelle giudiziali assicuravano un trattamento peggiore rispetto alla TUN in determinate fasce di invalidità, sulla quale non entro per ragioni per ragioni di tempo, i legali a Termini Imerese, a Monopoli di Puglia, a Brindisi, hanno detto: chiediamo l'applicazione retroattiva della TUN perché in tal modo il risarcimento che sarà concesso sarà più alto e il giudice che non è più il giudice di pace del danno esistenziale ma è sempre un giudice pronto a dare ascolto al risarcimento del danno, ha stabilito la retroattività quando invece c'è una la legge che dice si applicano dal 5 marzo.

Più interessi scientificamente sono i due temi invece della generalità e della non digressione.

La generalità riguarda l'idoneità dell'art.138 codice delle Assicurazioni a essere applicato non solo alla circolazione auto e la responsabilità sanitaria ma a tutte le altre ipotesi di responsabilità civile. La Cassazione ha deciso nei soli limiti di un obiter nell'aprile 2025 [2] , chiarendo che sia pure indirettamente i criteri della TUN potrebbero essere utilizzati a livello generale.

La vera ragione per la quale l'art.138 espressamente fa riferimento i due settori della circolazione auto e della rc sanitaria va individuata nel fatto che in entrambi i due sottosistemi sussiste una assicurazione obbligatoria, che imporrebbe una sostanziale limitazione di risarcimento, la cui misura era però tutta da decifrare anche alla luce delle indicazioni contenute nella decisione della Corte Costituzionale(235/2014) con la quale appunto venne giudicata costituzionalmente ineccepibile la limitazione di risarcimento fissata nell'art.139 del codice delle Assicurazioni(che si aggirava attorno al 20/25%), mentre niente si diceva per le lesioni di non lieve entità.

Nel 2017, l'art.138 del Codice delle Assicurazioni subisce, però una profonda modificazione con l'approvazione della legge comunitaria (legge 124/2017) perché si afferma con un linguaggio univoco che alle vittime della circolazione auto, come anche ai pazienti da attività medica, va assicurata la pienezza, cioè la integralità del risarcimento.

[2] Cfr. Cass., 29 aprile 2025, n.11319, in Arch.giur.circ.ass. resp.2025,548.

Non si parla più di una limitazione di risarcimento, si parla di una pienezza di risarcimento, cioè viene rispettata e applicata in questi due settori, dove tendenzialmente si sarebbe dovuto pensare concettualmente a una limitazione di risarcimento, la pienezza del risarcimento.

Se io applico e rispetto l'integralità del risarcimento, vuol dire che non c'è differenza strutturale ontologica tra RC medica, RC auto da una parte e tutte le altre ipotesi danno alla custodia, da animale, da edificio, da cose eccetera, perché sempre deve essere applicato il principio di integrale riparazione del danno

Quindi, se questo è vero, premessa maggiore e premessa minore, perché non ritenere che la TUN quando sussista un danno biologico, possa allora essere applicata anche al di là dei settori di responsabilità medica e di RC auto, mentre in assenza di un danno biologico potrebbero trovare ancora applicazione le Tabelle Giudiziali.

In un precedente articolo [3]avevo appunto sostenuto che la TUN non potesse essere dichiarata retroattiva mentre generale [4].

Per concludere affronto il tema della non regressione , ricordando la già citata decisione della Corte Costituzionale non credo proprio che ci siano basi per sostenere la violazione del principio di uguaglianza, perché la Corte costituzionale è compatta nell'affermare che il principio di integrale riparazione del danno non gode di una garanzia costituzionale, potendo il legislatore modulare il risarcimento, alzandolo o diminuendolo, quando nella situazione concreta siano presenti interessi pubblici che giustificano una riduzione o un aumento.

8.6. Alcune brevi conclusioni sulla sostenibilità

La quantificazione del danno è importantissima perché essa è uno dei punti sui quali faticosamente, ma lentamente e con continuità, tutti noi

[3] Cfr. G. PONZANELLI, *I problemi posti dalla TUN: no a retroattività, sì a generalità,* in *Nuova Giur.civ.comm*. ,2025,984

[4] Chi legge queste pagine saprà che la Corte di Cassazione nella decisione del 7 aprile 2026 n.8360 ha giudicato la TUN e i criteri in essa fissati retroattivi e generali, sia pure tramite gli strumenti di interpretazione indiretta

cerchiamo di costruire un sistema di responsabilità civile e qui uso un termine molto inflazionato negli ultimi tempi.

Mi riferisco ad una responsabilità civile sostenibile. La nostra responsabilità civile è innanzitutto una responsabilità civile assicurata e l'essere assicurata significa che siamo noi tutti coloro che la finanziano, anche se non saremo mai danneggiati e non riceveremo quindi i vantaggi dell'indennità assicurativa. E proprio anche per questo che i premi assicurativi dovrebbero essere non particolarmente alti.

È quello che aveva detto la Corte costituzionale nel 2014 con la decisione 235. Le micro-permanenti sì, sono lesioni della salute, ma sono violazioni della salute più contenute: se le risarciamo con integralità e pienezza, i premi assicurativi inevitabilmente saliranno.

Immaginare che il sistema possa attribuire rilevanza risarcitoria a tutte le situazioni e che il danno costituisca una variabile indipendente è solare esempio di miopia scientifica e di carenza di rigore. Più alto sarà il livello del risarcimento, più alto sarà il livello dei premi assicurativi e meno sostenibile l'intero sistema della responsabilità civile che richiede appunto premi assicurativi contenuti.

CAPITOLO IX

Il ruolo del medico legale nella liquidazione del danno macropermanente *(Prof. Riccardo Zoia)*

Anzitutto, ringrazio l'organizzazione scientifica del Convegno per aver voluto contemplare anche questo piccolo apporto tecnico in un ambito di discussione così meravigliosamente ampio che, come ben dimostrato dall'intervento che mi ha preceduto, coglie con precisione tutti gli assetti di carattere tecnico che viviamo quotidianamente.

Si tratta di un elemento di discussione di rilievo medico legale che oserei definire importantissimo perché personalmente, ma non soltanto personalmente, a livello nazionale, avverto un momento nel quale si stanno realizzando molteplici cambiamenti su aspetti risarcitori che riguardano la compromissione personale macro permanente; sono gli aspetti del danno grave alla persona per i quali si osservano mutamenti sotto tutti i profili non ultimo il profilo scientifico: una serie di studi, di analisi tecniche, di lavori scientifici hanno condotto al raggiungimento di evidenze che, solo 10 anni orsono, non ci saremmo attesi.

Osserviamo una serie di cambiamenti dei risultati della clinica, ovvero un ambito centrale, in quanto la medicina procede a passi veramente ampi: e mi è grato puntualizzarlo in questa sede perché anche il ruolo medico legale si modifica in una maniera radicale.

Lo sperimentiamo sotto diverse angolazioni professionali, non ultimo quella di consulente in ambito di imprese di assicurazione, rendendosi conto di quante diversità ci siano rispetto al lavoro medico legale in un'epoca più remota.

Per fare esempi concreti su tali problemi interessantissimi, sui quali è opportuno concentrare l'attenzione, si deve accennare al tema della sopravvivenza nella gravissima menomazione permanente.

Il concetto di sopravvivenza ha, per il medico legale, un ruolo di studio centrale e un rilievo non indifferente: da un punto di vista tecnico, come l'esperienza suggerisce di analizzare, da quando il sistema di liquidazione del danno biologico permanente è stato modulato anche in funzione della durata di vita residua, di esistenza teorica successiva allo stabilizzarsi di una menomazione permanente e, dunque, all'età del danneggiato, il tema della sopravvivenza assume un'angolazione del tutto peculiare.

Stimare la previsione di quanto si protrarrà una vita umana, mediamente e in relazione a uno specifico tipo di menomazione, quando questa rientra nel novero della macro permanente, crea autenticamente un rapporto complesso di relazione tra condizione clinica e influenza sulla durata della vita residua.

Tutti gli studi su questo tema, negli ultimi 5 anni, hanno fornito acquisizioni importantissime e cambiato radicalmente molti criteri di giudizio, soprattutto pensando a situazioni che rappresentano un fattore di incidenza negativa sicura sul naturale scorrere della vita umana e che condurranno in via di elevatissima probabilità ad un esito letale prevedibile, mentre ve ne sono altre che, grazie ai successi della clinica in termini di riabilitazione e mantenimento non hanno più alcun ruolo pratico di influsso sulla durata dell'esistenza rispetto alla vita media della popolazione.

Vi erano motivi di ritenere che, per certi tipi di condizioni cliniche, vi fosse una riduzione della vita media e questo giudizio non ha più motivo di sostegno a fronte delle conoscenze acquisite e delle evoluzioni dei trattamenti assistenziali.

Si tratta di situazioni che sono state tutte acquisite attraverso studi controllati che si stanno ulteriormente estendendo. Ciò è dovuto anche alla centralità dei temi della prevenzione e della riabilitazione nonché del mantenimento ottimale della condizione minorativa grave: ritenere inesorabile un determinato esito naturale letale a fronte di una grave menomazione permanente non è un presupposto sempre sostenibile grazie alle conquiste del contributo medico.

Non è raro imbattersi nella discussione su problemi che hanno anche rilevanti risvolti etici: è motivato investire in ricerca finalizzata a mantenere condizioni di menomazione gravissima che, nei loro aspetti concreti,

vanno a sostenere un impegno oneroso maggiore rispetto a quello che sarebbe richiesto non intervenendo su una loro naturale evoluzione letale?

Non è certo questa la sede per entrare nel merito di così delicate questioni, ma, ritengo ce ne siamo accorti tutti, si tratta di questioni che sono in una fase di trattazione non trascurabile non solo sotto l'aspetto morale, ma anche giuridico e giurisprudenziale.

Il tema del danno biologico permanente, anche nella macro permanente, valutando l'evolversi delle conoscenze e dei riferimenti clinici medico legali, con tutta franchezza ci rivela l'esistenza di radicali mutamenti in tema di danno biologico permanente: la non patrimonialità come articolata nel precedente intervento del prof. Ponzanelli, impone di rimarcare con importantissime sottolineature che meritano di essere condivise, ha visto profilarsi nuove prospettive nella quantificazione del danno biologico permanente associato alla categoria della non autosufficienza; può affermarsi che vi sia stato un apprezzabile cambiamento proprio per le modifiche della clinica.

Tutti sappiamo che riferimenti di barèmes medico legali per le menomazioni comprese tra 10% e 100% non hanno avuto una redazione normativa; ma immagino tutti siano a conoscenza di come, dopo 5 anni di intenso lavoro, la Società Italiana di Medicina Legale ha elaborato con criteri scientifici, propri di tutte le situazioni nelle quali è necessario rifarsi ad evidenze, delle buone pratiche cliniche su tale essenziale e delicata materia: questi riferimenti tabellari, superata ogni verifica sulle procedure scientifiche con le quali sono state redatte, sono state incluse e diventate parte del Sistema Nazionale delle Linee Guida.

Ciò significa che, in diretta derivazione dalle previsioni degli assetti normativi della Legge 24/17, questo riferimento scientifico rappresenta il modello obbligato al quale attenersi per un corretto esercizio professionale.

In questa guida valutativa che è stata attuata con criteri non opzionali ed obbligati dalle rigide e complesse procedure di redazione scientifica di linee guida e buone pratiche cliniche, ben si osserva quali range quantificativi del danno alla persona emergano per condizioni cliniche che potevano ritenersi rigidamente consolidate le quali, rimodulate con parametri derivanti dall'attualità clinica, impongono un riferimento assolutamente differente di modulazione in termini di danno biologico permanente.

Solo per indicare qualche esempio inerente forme importanti di macropermanente si veda, emblematicamente, l'indicazione di "Sindrome lobare cerebrale in base a gravità" proprio sulla scorta dei differenti trattamenti ora adottabili: da 40% a 60%; un terzo di differenza della possibile valutazione.

Indicazioni di tal tipo, per gravissime menomazioni permanenti, rappresentano un concreto adattamento all'attualità.

Gli esempi possono ripetersi: sindrome prefrontale psicorganica nella forma gravissima da 65% a 80%, secondo range di rilevante ampiezza emersi dagli assetti scientifici che impongono attenzione massimale sul caso clinico non essendovi alcuna possibilità di standardizzazioni assolute.

Le nuove terapie, i nuovi processi riabilitativi, la risposta individuale differenziale sono divenuti elementi irrinunciabili. Ora si tratta anche di medicina di genere che analizza le differenze su risposte farmacologiche, reazioni, recupero, caratteristiche sintomatiche. Sono assetti non rinunciabili nella valutazione medico legale. Proseguendo nell'analizzare i barémes SIMLA si vede, ad esempio, per la tetraparesi in base al grado di compromissione dei singoli arti, dal 50% al 90%: la letteratura scientifica ci indica come una differenza di influenza negativa sull' integrità psicofisica possa realizzarsi per una gravissima forma menomativa.

Vi è poi il grande problema della patrimonialità, molto incentrata sulle ripercussioni di carattere assistenziale, di sostegno, di ausilio: capire quello che è riconosciuto dal sistema sanitario pubblico, quello che è totalmente escluso e che non garantirà mai un sostegno assistenziale, quello che può avere valore integrativo.

Recentemente ho avuto un colloquio con un caro amico avvocato esperto dei problemi risarcitori del danno alla persona che, purtroppo, nella sua famiglia, ha avuto un caso ove, per una patologia naturale, si è realizzata una seria condizione menomativa: e la sintesi del nostro scambio era fondata sulla constatazione di come, in molti accertamenti, trattando del danno futuro si adottino semplificazioni inaccettabili: ciò considerando, ad esempio, il caso del familiare dichiarato invalido civile al 100%, con indennità di accompagnamento e che richiede spese vive quotidiane di ordine sanitario da sostenere personalmente in una situazione di carattere tecnicamente non risolvibile ("la ASL mi fornisce 15 pannoloni al mese e io ne

uso 40 perché 15 pannoloni li esaurisco in 5 giorni"); solo entrando specificamente nella individualità di quel caso, con le sue caratteristiche cliniche diverse da tutti gli altri, si può giungere ad una autentica valutazione.

Un altro aspetto fondamentale nei casi di discussione medico legale sul danno a persona macro permanente, e non solo, attiene le applicazioni di intelligenza artificiale.

I sistemi di intelligenza artificiale crescono con chi vi lavora: è un presidio che diventa una parte di te stesso, che si abitua a ragionare con i criteri di impostazione e integrazione che derivano dal tuo agire: raggiungere il massimo del risultato possibile è un obbiettivo diffuso.

Valutare tecnicamente l'adeguatezza scientifica degli interventi in questi casi, applicati alla valutazione del danno a persona, diventa un elemento fondamentale dal punto di vista medico legale poiché i prodotti che l'intelligenza artificiale è in grado di fornire sono indubbiamente un nuovo motivo di verifica e di confronto.

Come esempio mi permetto di mostrare una consulenza tecnica su una materia che riguarda una protesizzazione artuale, integralmente elaborata da un'intelligenza artificiale generativa, che interloquisce con un tecnico che tempo ha lavorato con questa intelligenza artificiale, che è cresciuta con lui, che ne conosce tutti gli aspetti anche più reconditi e che conduce ad un prodotto perfetto: dati anagrafici, speranza di vita, condizioni generali del moncone di amputazione, anamnesi patologica, esame obiettivo, normative di riferimento, libertà di scelta terapeutica, computi economici precisamente calcolati, livelli di attività funzionale, variazione con l'attività e con l' avanzare dell'età, calcoli statistici precisissimi che implicherebbero un tempo molto esteso per essere attuati e che sono realizzati in pochi secondi, motivazione della scelta della componentistica a tecnologia avanzata, protesi con caratteristiche dell'uso quotidiano trans femorale, dispositivi, termini di rinnovo, protesi da bagno e tutto quanto rileva in modo qualificante è sposto con analisi dettagliata. Un esempio di perfezione dell'aderenza ad una specifica realtà clinica.

Siamo nell'ambito della macro-permanente, del danno patrimoniale, prevalentemente patrimoniale, ma anche come variante del danno biologico in relazione all'efficienza protesica. Il tema fondamentale è: non si

può superare la centralità della visita e della verifica autentica di ogni implicazione clinica sapendo che il prodotto dell'intelligenza artificiale è modulato per un fine di risultato massimale, al di là di ogni presupposto.

In sintesi, dunque, il ruolo medico legale sarà sempre più complesso, ma sempre più specialistico, sempre più specifico anche nei casi di macro danno in virtù di un aggiornamento costante su tutti gli aspetti implicati, dalla previsione dei bisogni agli elementi prognostici in tema di sopravvivenza, possibili variazioni peggiorative, mortalità e morbilità.

La valutazione della dell'autosufficienza nella vita quotidiana, le possibilità di reinserimento sociale e in alcuni casi anche lavorativo, le valutazioni prognostiche e tutto l'assetto connesso saranno i principali punti di costante impegno che la medicina legale dovrà affrontare nella riqualificazione continua dei suoi numerosi strumenti di indagine all'interno del sistema.

Sarà interessantissimo osservare l'andamento futuro nel quale la straordinaria attenzione alla individualità del caso avrà un ruolo centrale: le generalizzazioni non hanno più alcuno spazio di manovra e questo, probabilmente, sarà uno degli elementi fondamentali di connotazione dell'opera valutativa medico forense grazie a tutte le risultanze che derivano quotidianamente dalle evidenze della medicina, innovativa per tantissimi versi e che vede ormai raggiunti obbiettivi che hanno ripercussioni medico giuridiche da considerare con sensibilità.

Questi punti di riflessione penso si debbano considerare come aspetti che contrassegneranno il nostro futuro sotto tutti i profili compresa la multidisciplinarietà e il confronto che contrassegnano anche questo incontro.

Ringrazio tutti voi per il vostro ascolto.

CAPITOLO X

La tabella unica nazionale per le invalidità macropermanenti: profili giuridici, medico legali e assicurativi *(Dott. Damiano Spera)*

SOMMARIO 10.1. Il parere del Consiglio di Stato n. 1282/2024 - 10.2. Sostenibilità del sistema e tutela del consumatore - 10.3. Corte Costituzionale, sent. n. 235/2014 - 10.4. La tabella milanese come strumento di equilibrio - 10.5. Art. 138 comma 2 e sentenza Amatucci n 12408/2011» - 10.6. Danno morale/sofferenza soggettiva interiore - 10.7. T.U.N. e modello romano: un confronto parziale e inadeguato - 10.8. Distonia dei valori monetari tra tabella romana e TUN - 10.9. L'incremento marginale: principio disatteso (anche) nella tabella romana - 10.10. Il legislatore e la progressione «più che proporzionale» - 10.11. Le gravi incoerenze matematiche della tabella romana - 10.12. La T.U.N. è applicabile anche in mancanza della «tabella delle menomazioni» comprese tra dieci e cento punti? - 10.13. Le «buone pratiche cliniche», approvate dalla S.I.M.L.A., di valutazione medico legale delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità permanente - 10.14. Le curve dei valori monetari della T.U.N. nel D.P.R. 13.1.2025, n. 12 - 10.15. Il valore monetario del punto di invalidità - 10.16. TUN e Tabella milanese: confronto solo tra i valori del danno biologico/dinamico relazionale - 10.17. Le convergenze dei valori monetari tra TUN e tabella milanese - 10.18. Un esempio concreto con applicazione della Tabella milanese - 10.19. Lo stesso esempio concreto con applicazione della T.U.N. - 10.20. La TUN segna la fine della "supplenza" della «Tabella milanese»? - 10.21. La TUN si applica, quindi, solo ai sinistri ex titolo 10 Codice delle assicurazioni private e ai casi di malpractice medica ex art. 7, comma 4, L. n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli-Bianco). - 10.22. La TUN come criterio equitativo applicabile oltre i suoi limiti? - 10.23. Cass. sent. 29.4.2025 n. 11319 (Frasca-Iannello) obiter dictum sull'applicazione della T.U.N. - 10.24. Cassazione, ord. n 24349 del 2.9.2025 (Scrima-Graziosi) - 10.25. Cassazione, sent. n. 26826 del 6.10.2025 (Pres. est. Travaglino) - 10.26. Il futuro della tabella milanese - 10.27. Tribunale Milano, ord. 18.7.25 n. 4915-2025 sul rinvio pre-giudiziale alla Corte di Cassazione art 363bis - 10.28. Condizioni di proponibilità del rinvio pregiudiziale ex art. 363-bis c.p.c. - 10.29. La dottrina e la giurisprudenza favorevole ad una applica-zione generale della T.U.N. e, quindi, anche agli incidenti stradali verificatisi prima del 5 marzo 2025 - 10.30. La dottrina e la giurisprudenza di merito contraria ad un'applicazione generale della T.U.N. e, quindi, anche agli incidenti stradali verificatisi prima del 5.3.2025 - 10.31. I quesiti posti alla Corte di Cassazione - 10.32. Il decreto di ammissibilità emesso dal Primo Presidente della Cassazione.

10.1. Il parere del Consiglio di Stato n. 1282/2024

Nel parere n. 1282 del 2024, reso in sede di adunanza del 24 settembre 2024 dalla Sezione consultiva per gli atti normativi, il Consiglio di Stato si è espresso sullo Schema di Regolamento attuativo della Tabella Unica Nazionale, prevista dall'art. 138 del Codice delle assicurazioni.

Secondo il Consiglio di Stato, la norma mira a:
"*scongiurare, in prospettiva programmatica, valutazioni al ribasso rispetto agli assetti rimediali, da riguardarsi quali tendenzialmente consolidati*".

L'intento è dunque quello di evitare che l'intervento normativo o regolamentare comporti una regressione negli standard di tutela già affermati nella prassi giurisprudenziale, e considerati come punto di equilibrio tra diritto alla riparazione integrale e sostenibilità del sistema.

10.2. Sostenibilità del sistema e tutela del consumatore

Sempre nel parere n. 1282/2024, il Consiglio di Stato sottolinea come la prevedibilità dei costi transattivi a carico delle imprese assicurative sia una condizione essenziale per garantire la sostenibilità sistemica dell'intero meccanismo risarcitorio.

Tale esigenza si collega direttamente alla necessità di scongiurare il rischio di automatismi traslativi che si ripercuoterebbero sulla collettività degli utenti e dei consumatori, attraverso l'incremento dei premi assicurativi.

Ne risulta un nesso strutturale tra:

- l'esigenza primaria di tutela dei diritti delle vittime
- e il mantenimento dell'equilibrio economico del mercato assicurativo.

10.3. Corte Costituzionale, sent. n. 235/2014

«…non si configura ipotesi di illegittimità costituzionale per lesione del diritto inviolabile alla integrità della persona ove la disciplina in contestazione sia volta a comporre le esigenze del danneggiato con altro valore di rilievo costituzionale…».

«Il controllo di costituzionalità del meccanismo tabellare di risarcimento del danno biologico introdotto dal censurato art. 139 cod. ass. – per il profilo del prospettato vulnus al diritto all'integralità del risarcimento del danno alla persona – va, quindi, condotto non già assumendo quel diritto come valore assoluto e intangibile, bensì verificando la ragionevolezza del suo bilanciamento con altri valori, che sia eventualmente alla base della disciplina censurata.

Orbene, in un sistema, come quello vigente, di responsabilità civile per la circolazione dei veicoli obbligatoriamente assicurata – in cui le compagnie assicuratrici, concorrendo ex lege al Fondo di garanzia per le vittime della strada, perseguono anche fini solidaristici, e nel quale l'interesse risarcitorio particolare del danneggiato deve comunque misurarsi con quello, generale e sociale, degli assicurati ad avere un livello accettabile e sostenibile dei premi assicurativi – la disciplina in esame, che si propone il contemperamento di tali contrapposti interessi, supera certamente il vaglio di ragionevolezza».

10.4. La tabella milanese come strumento di equilibrio

A mio giudizio, le Tabelle Milanesi sono pienamente coerenti con le finalità indicate dall'art. 138, comma 1, e soddisfano entrambe le esigenze richiamate dal legislatore e dal Consiglio di Stato: tutela effettiva dei diritti e sostenibilità complessiva del sistema.

Le tabelle milanesi non sono espressione di una visione unilaterale, ma nascono da un processo articolato e condiviso, che coinvolge:

- giudici di merito provenienti da diversi distretti giudiziari
- avvocati che rappresentano sia le compagnie assicurative che le vittime dei sinistri (e quindi anche i consumatori)
- dottrina giuridica e medico-legale

Il valore e la «forza» delle Tabelle milanesi, in generale e di quella sui criteri di liquidazione del danno da lesione del bene salute, derivano anche dall'efficacia del metodo, costruito attraverso un confronto difficile

ma costruttivo tra diverse professionalità, su scala nazionale e dalla necessità di rinvenire i valori monetari dal monitoraggio dei precedenti giurisprudenziali.

10.5. Art. 138 comma 2 e sentenza Amatucci n 12408/2011»

LA TUN, ai sensi dell'art. 138 comma 2, è redatta tenendo "conto dei criteri di valutazione del danno non patrimoniale ritenuti congrui dalla consolidata giurisprudenza di legittimità", è evidente il riferimento alla tabella milanese consacrata dalla nota «sentenza Amatucci n 12408/2011».

L'adozione della regola equitativa di cui all'art. 1226 cod. civ. deve garantire non solo una adeguata valutazione delle circostanze del caso concreto, ma anche l'uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi.

Garantisce tale uniformità di trattamento il riferimento al criterio di liquidazione predisposto dal Tribunale di Milano, essendo esso già ampiamente diffuso sul territorio nazionale - e al quale la S.C., in applicazione dell'art. 3 Cost., riconosce la valenza, in linea generale, di

parametro di conformità della valutazione equitativa del danno biologico alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 cod. civ. -, salvo che non sussistano in concreto circostanze idonee a giustificarne l'abbandono.

L'applicazione di diverse tabelle, ancorché comportante liquidazione di entità inferiore a quella che sarebbe risultata sulla base dell'applicazione delle tabelle di Milano, può essere fatta valere, in sede di legittimità, come vizio di violazione di legge, solo in quanto la questione sia stata già posta nel giudizio di merito.

10.6. Danno morale/sofferenza soggettiva interiore

Anche per il danno morale, nella Tabella milanese vengono applicati i principi di diritti fatti propri (successivamente) anche dalla Corte di Cassazione, ord. cit. n. 25164/ 2020: «Un attendibile criterio logico-presuntivo funzionale all'accertamento del danno morale quale autonoma componente

del danno alla salute [...] è quello della corrispondenza, su di una base di proporzionalità diretta, della gravità della lesione rispetto all'insorgere di una sofferenza soggettiva: tanto più grave, difatti, sarà la lesione della salute, tanto più il ragionamento inferenziale consentirà di presumere l'esistenza di un correlato danno morale inteso quale sofferenza interiore».

Pertanto, nella Tabella milanese il danno morale viene incrementato in misura coerente e trasparente:

- dall'1% fini al 33% di invalidità con aumento progressivo dal 25% al 50%;
- dal 34% di invalidità fino al 100%, con progressione chiara e costante nella misura del 50%;

in linea con l'art. 138, co. 2, lett. f) Cod. Ass. e con la Cass. n. 25164/2020.

10.7. T.U.N. e modello romano: un confronto parziale e inadeguato

La tabella elaborata presso il Tribunale di Roma, a differenza di quella milanese, nasce dal confronto di un numero limitato di operatori: si tratta infatti di un confronto tra soli giudici di quattro sezioni civili dello stesso Tribunale, all'esito di qualche riunione ex art 47 quater Ordinamento giudiziario.

Questa impostazione, pur legittima sul piano metodologico, non garantisce il medesimo livello di confronto interdisciplinare e territoriale che caratterizza la tabella milanese, e non riflette la pluralità degli interessi coinvolti.

Ne consegue che il modello romano non appare idoneo a soddisfare pienamente le finalità dell'art. 138, che richiedono un equilibrio sistemico tra protezione della persona danneggiata e sostenibilità economica collettiva.

10.8. Distonia dei valori monetari tra tabella romana e TUN

I valori monetari previsti dalla tabella romana risultano in forte contrasto rispetto:

- alla tabella milanese

- ai parametri della Tabella Unica Nazionale

La distanza non è solo quantitativa, ma strutturale e metodologica:

la tabella romana non applica correttamente i criteri di incremento progressivo e proporzionato richiesti dalla normativa.

L'impostazione della tabella romana è scientificamente carente e compromette la coerenza del sistema risarcitorio.

10.9. L'incremento marginale: principio disatteso (anche) nella tabella romana

La tabella romana afferma di adottare il principio dell'incremento "più che proporzionale" menzionato nel citato art. 138, comma 2, lett. c), ma, in concreto, non lo applica.

Il principio correttamente inteso comporta che:

l'aumento marginale del valore monetario per ciascun punto percentuale deve essere superiore rispetto all'incremento marginale del punto precedente.

Questo criterio è violato nel sistema romano, come ho dimostrato nel mio volume «Responsabilità civile e danno alla persona», Giuffrè Francis Lefebvre, 2025, attraverso un'analisi matematica.

Anche il Consiglio di Stato rileva che l'algoritmo applicato nella T.U.N. si limita a evitare incrementi negativi, ma non mira a garantire la progressività reale più che proporzionale.

10.10. Il legislatore e la progressione «più che proporzionale»

Il principio dell'incremento più che proporzionale, come inteso anche dal Consiglio di Stato:

- è stato già recepito dalla tabella milanese sin dal 1996
- è stato espressamente previsto dal legislatore, sia all'art. 139, co. 1, lett. a), sia all'art. 138, co. 2, lett. c) Cod. Ass.

Art. 139, co. 6: introduce una progressione numerica precisa e costante:

- incremento costante di 1.1% per le invalidità dall'1% al 5%

- incremento costante di 1.2% per le invalidità dal 6% al 9%

Questo schema è identico a quello adottato dalla tabella milanese e recepito dalla tabella romana solo limitatamente alle micro-permanenti (dall'1% al 9% di invalidità).

10.11. Le gravi incoerenze matematiche della tabella romana

Nel mio volume «Responsabilità civile e danno alla persona», Giuffrè Francis Lefebvre, 2025, sono evidenziate contraddizioni logico-matematiche gravi anche nello sviluppo della curva prevista per il danno morale nella tabella romana, tra cui:

dal 50% al 51% di invalidità: il "valore massimo" subisce un ingiustificato decremento di circa € 50.000 dal 99% al 100%, la curva del "valore massimo" indica un ingiustificato incremento; quindi, per un bambino di un anno: il valore massimo aumenta di € 494.000, senza logica risarcitoria coerente

dal 76% al 99%: i "valori minimi" risultano superiori ai medi, e questi superiori ai massimi, in violazione della proporzionalità.

Si tratta di anomalie strutturali che rendono la tabella romana inidonea a garantire uniformità e razionalità logica del risarcimento.

10.12. La T.U.N. è applicabile anche in mancanza della «tabella delle menomazioni» comprese tra dieci e cento punti?

Per Marco Rossetti («In G.U. la Tabella Unica Nazionale: prime riflessioni», in Altalex):

Barème medico-legale e tabella economica sono indissolubilmente legati. Sarebbe infatti assurdo pretendere di dare un peso monetario al singolo punto di invalidità, se non si conosce in che modo saranno quantificate le singole invalidità.

Tuttavia, il legislatore delegato nella Relazione illustrativa del Regolamento mostra di ritenere che la tabella unica nazionale debba applicarsi anche in mancanza del decreto di approvazione della tabella delle invalidità.

Sintomatico poi è il fatto che il Consiglio di Stato, nei due pareri espressi sullo schema di regolamento, non abbia nemmeno sfiorato questo delicato problema, così mostrando di ritenere che la mancanza della tabella delle menomazioni non osti all'applicazione immediata dei nuovi criteri.

10.13. Le «buone pratiche cliniche», approvate dalla S.I.M.L.A., di valutazione medico legale delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità permanente

Nell'Assemblea nazionale degli Osservatori sulla Giustizia civile che si è tenuta a Bologna dal 13 al 15 giugno 2025, autorevoli esponenti della SIMLA hanno illustrato la nuova tabella approvata agli inizi del 2025 relativa alla valutazione medico legale delle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 10 e 100 punti di invalidità permanente.

Il Ministero della salute ha inserito la Tabella S.I.M.L.A. tra le «buone pratiche cliniche», ai sensi dell'art 5 legge 24/2017, c.d. "Legge Gelli-Bianco").

Bisogna, dare una risposta alle seguenti domande:

1. la Tabella S.I.M.L.A. è diventato barème unico e indefettibile per la valutazione dell'invalidità e quindi, di regola, non consente più l'applicazione di altri barème?
2. la Tabella S.I.M.L.A. modifica o no, in modo rilevante, i precedenti criteri di accertamento e valutazione del grado di invalidità?
3. la Tabella S.I.M.L.A., oltre alle valutazioni medico legali, sconfina anche in questioni che dovrebbero competere all'apprezzamento del giudice (si pensi, ad esempio, alla valutazione della sofferenza interiore o all'accertamento di specifici aspetti dinamico relazionali)?

10.14. Le curve dei valori monetari della T.U.N. nel D.P.R. 13.1.2025, n. 12

L'art. 138 codice Ass. e l'art. 1 del D.P.R. n. 12/2025, lett. a), b) e c) prevedono un sistema di monetizzazione del danno alla persona con postumi superiori al 9% che è basato sui seguenti elementi:

1. il sistema di liquidazione è un sistema "a punto" (questo sistema è imposto dalla norma di legge delegante); quindi il risarcimento si determina moltiplicando il numero di punti percentuali che esprimono l'invalidità permanente per una somma di denaro, che varia col variare del grado di invalidità;
2. la tabella disciplina solo le invalidità dal 10% al 100% compresi;
3. il valore monetario "di partenza", cioè quello in base al quale è sviluppata l'intera tabella, è pari ad euro 963,40, cioè pari al valore del punto "di partenza" per la liquidazione delle micropermanenti (v. art. 2 del D.P.R. n 12/2025 e D.M. 18.7.2025 attuativo dell'art. 139 Codice delle Assicurazioni). Si noti che nella T.U.N., il valore del punto del solo danno biologico/dinamico relazionale al 10% di invalidità è pari ad Euro 2.612,40, esattamente pari al corrispondente valore della Tabella milanese, edizione 2024.

10.15. Il valore monetario del punto di invalidità

Il valore monetario del punto di invalidità non è fisso, ma muta in funzione di tre variabili:

1. varia necessariamente in aumento in misura proporzionale al grado di invalidità permanente; questa variazione si ottiene moltiplicando il valore base del punto per un coefficiente denominato moltiplicatore biologico; questo coefficiente parte da 2,75773 per una invalidità del 10%, per arrivare sino a 10,9472 per una invalidità del 100%. Nell'art. 138 comma 2, lett. c) si afferma che il valore economico del punto «cresce in modo più che proporzionale rispetto all'aumento percentuale assegnato ai postumi» (su quest'ultimo inciso si tornerà in seguito);

2. varia necessariamente in diminuzione in misura inversamente proporzionale all'età della vittima; questa variazione si ottiene moltiplicando il valore base del punto per un coefficiente denominato demoltiplicatore demografico; questo coefficiente è pari ad "1" per una vittima di anni uno, e si riduce in misura variabile sino 0,522 per una vittima di 100 anni di età;
3. può variare (ma ciò non è necessario) in funzione della sofferenza morale provocata dall'infortunio, secondo quattro gradi (nessuna, minima, media o grave); questa variazione si ottiene moltiplicando il valore base del punto per un coefficiente denominato moltiplicatore morale.

Il Consiglio di Stato, nel menzionato parere, ha evidenziato il rischio che:

- si affermino accordi transattivi al ribasso, ancorati ai valori minimi previsti nella tabella per la liquidazione del danno morale;
- tali prassi siano non conformi ai consolidati esiti della prassi contenziosa.

10.16. TUN e Tabella milanese: confronto solo tra i valori del danno biologico/dinamico relazionale

In rosso sono indicati, in percentuale, i valori monetari della TUN superiori a quelli espressi nella tabella milanese.

% IP	1 anno	10 anni	20 anni	30 anni	40 anni	50 anni	60 anni	70 anni	80 anni
10	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%	0,4%	0,8%	1,2%
15	3,6%	3,6%	3,6%	3,7%	3,7%	3,9%	4,0%	4,4%	4,8%
20	4,0%	4,0%	4,0%	4,1%	4,1%	4,3%	4,4%	4,8%	5,2%
25	3,2%	3,2%	3,2%	3,4%	3,4%	3,5%	3,7%	4,0%	4,4%
30	2,0%	2,0%	2,0%	2,1%	2,2%	2,3%	2,5%	2,8%	3,2%
35	0,5%	0,5%	0,5%	0,7%	0,7%	0,8%	1,0%	1,3%	1,7%
40	-1,1%	-1,1%	-1,1%	-0,9%	-0,9%	-0,8%	-0,6%	-0,3%	0,1%
45	-2,7%	-2,7%	-2,7%	-2,6%	-2,6%	-2,5%	-2,3%	-2,0%	-1,6%
50	-4,5%	-4,5%	-4,5%	-4,4%	-4,4%	-4,2%	-4,1%	-3,7%	-3,4%
55	-5,5%	-5,5%	-5,5%	-5,4%	-5,4%	-5,3%	-5,1%	-4,8%	-4,4%
60	-5,7%	-5,7%	-5,7%	-5,6%	-5,6%	-5,4%	-5,3%	-5,0%	-4,6%
65	-5,1%	-5,1%	-5,1%	-5,0%	-5,0%	-4,9%	-4,7%	-4,4%	-4,0%
70	-4,0%	-4,0%	-4,0%	-3,9%	-3,9%	-3,8%	-3,6%	-3,3%	-2,9%
75	-2,5%	-2,5%	-2,5%	-2,4%	-2,4%	-2,2%	-2,1%	-1,8%	-1,4%
80	-0,6%	-0,6%	-0,6%	-0,5%	-0,5%	-0,4%	-0,2%	0,1%	0,5%
85	1,5%	1,5%	1,5%	1,6%	1,6%	1,7%	1,9%	2,2%	2,6%
90	3,7%	3,7%	3,7%	3,9%	3,9%	4,0%	4,2%	4,5%	4,9%
95	6,1%	6,1%	6,1%	6,2%	6,2%	6,3%	6,5%	6,9%	7,3%
100	8,3%	8,3%	8,3%	8,4%	8,4%	8,5%	8,7%	9,1%	9,5%

TUN e Tabella milanese: confronto con i valori danno biologico dinamico/relazionale + danno morale con i valori minimi

%IP	1 anno	10 anni	20 anni	30 anni	40 anni	50 anni	60 anni	70 anni	80 anni
10	-4,0%	-4,0%	-4,0%	-3,9%	-3,8%	-3,7%	-3,6%	-3,2%	-2,9%
15	1,1%	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,3%	1,5%	1,8%	2,2%
20	-0,1%	-0,1%	-0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,4%	0,7%	1,1%
25	-2,8%	-2,8%	-2,8%	-2,6%	-2,6%	-2,5%	-2,3%	-2,0%	-1,6%
30	-5,9%	-5,9%	-5,9%	-5,8%	-5,8%	-5,6%	-5,5%	-5,2%	-4,8%
35	-8,6%	-8,6%	-8,6%	-8,5%	-8,5%	-8,4%	-8,3%	-7,9%	-7,6%
40	-9,2%	-9,2%	-9,2%	-9,1%	-9,1%	-8,9%	-8,8%	-8,5%	-8,1%
45	-9,8%	-9,8%	-9,8%	-9,7%	-9,7%	-9,6%	-9,4%	-9,1%	-8,8%
50	-10,7%	-10,7%	-10,7%	-10,5%	-10,5%	-10,4%	-10,3%	-10,0%	-9,6%
55	-10,9%	-10,9%	-10,9%	-10,8%	-10,8%	-10,7%	-10,5%	-10,2%	-9,9%
60	-10,3%	-10,3%	-10,3%	-10,2%	-10,2%	-10,1%	-10,0%	-9,7%	-9,3%
65	-9,1%	-9,1%	-9,1%	-9,0%	-9,0%	-8,9%	-8,7%	-8,4%	-8,1%
70	-7,4%	-7,4%	-7,4%	-7,3%	-7,3%	-7,2%	-7,0%	-6,7%	-6,4%
75	-5,4%	-5,4%	-5,4%	-5,3%	-5,2%	-5,1%	-5,0%	-4,6%	-4,3%
80	-2,9%	-2,9%	-2,9%	-2,8%	-2,8%	-2,6%	-2,5%	-2,2%	-1,8%
85	-0,2%	-0,2%	-0,2%	-0,1%	-0,1%	0,0%	0,2%	0,5%	0,9%
90	2,6%	2,6%	2,6%	2,7%	2,7%	2,8%	3,0%	3,3%	3,8%
95	5,5%	5,5%	5,5%	5,6%	5,6%	5,8%	5,9%	6,3%	6,7%
100	8,3%	8,3%	8,3%	8,4%	8,4%	8,5%	8,7%	9,1%	9,5%

TUN e Tabella milanese: confronto con i valori danno biologico dinamico/relazionale + danno morale con i valori medi

%IP	1 anno	10 anni	20 anni	30 anni	40 anni	50 anni	60 anni	70 anni	80 anni
10	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%	0,4%	0,8%	1,2%
15	5,0%	5,0%	5,0%	5,1%	5,2%	5,3%	5,5%	5,8%	6,2%
20	3,8%	3,8%	3,8%	3,9%	3,9%	4,0%	4,2%	4,6%	5,0%
25	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%	1,0%	1,2%	1,3%	1,7%	2,1%
30	-2,4%	-2,4%	-2,4%	-2,3%	-2,3%	-2,1%	-2,0%	-1,6%	-1,2%
35	-5,3%	-5,3%	-5,3%	-5,2%	-5,2%	-5,0%	-4,9%	-4,6%	-4,2%
40	-5,9%	-5,9%	-5,9%	-5,8%	-5,8%	-5,6%	-5,5%	-5,2%	-4,8%
45	-6,6%	-6,6%	-6,6%	-6,5%	-6,5%	-6,3%	-6,2%	-5,9%	-5,5%
50	-7,5%	-7,5%	-7,5%	-7,4%	-7,4%	-7,2%	-7,1%	-6,8%	-6,4%
55	-7,7%	-7,7%	-7,7%	-7,6%	-7,6%	-7,5%	-7,3%	-7,0%	-6,7%
60	-7,2%	-7,2%	-7,2%	-7,1%	-7,1%	-6,9%	-6,8%	-6,5%	-6,1%
65	-5,9%	-5,9%	-5,9%	-5,8%	-5,8%	-5,7%	-5,5%	-5,2%	-4,9%
70	-4,2%	-4,2%	-4,2%	-4,1%	-4,1%	-4,0%	-3,8%	-3,5%	-3,1%
75	-2,1%	-2,1%	-2,1%	-2,0%	-2,0%	-1,9%	-1,7%	-1,4%	-1,0%
80	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,7%	0,8%	1,2%	1,6%
85	3,2%	3,2%	3,2%	3,3%	3,3%	3,4%	3,6%	4,0%	4,4%
90	6,0%	6,0%	6,0%	6,1%	6,2%	6,3%	6,5%	6,8%	7,3%
95	9,0%	9,0%	9,0%	9,1%	9,2%	9,3%	9,5%	9,9%	10,3%
100	11,9%	11,9%	11,9%	12,0%	12,0%	12,2%	12,3%	12,7%	13,2%

TUN e Tabella milanese: confronto con i valori danno biologico/dinamico relazionale + danno morale con i valori massimi

%IP	1 anno	10 anni	20 anni	30 anni	40 anni	50 anni	60 anni	70 anni	80 anni
10	4,0%	4,0%	4,0%	4,1%	4,1%	4,2%	4,4%	4,8%	5,2%
15	9,0%	9,0%	9,0%	9,1%	9,1%	9,3%	9,4%	9,8%	10,2%
20	7,6%	7,6%	7,6%	7,7%	7,7%	7,9%	8,1%	8,4%	8,8%
25	4,6%	4,6%	4,6%	4,7%	4,7%	4,8%	5,0%	5,4%	5,8%
30	1,1%	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,4%	1,5%	1,9%	2,3%
35	-1,9%	-1,9%	-1,9%	-1,8%	-1,8%	-1,7%	-1,5%	-1,2%	-0,8%
40	-2,6%	-2,6%	-2,6%	-2,5%	-2,5%	-2,3%	-2,2%	-1,8%	-1,4%
45	-3,3%	-3,3%	-3,3%	-3,2%	-3,2%	-3,1%	-2,9%	-2,6%	-2,2%
50	-4,3%	-4,3%	-4,3%	-4,2%	-4,2%	-4,0%	-3,9%	-3,6%	-3,2%
55	-4,6%	-4,6%	-4,6%	-4,5%	-4,5%	-4,3%	-4,2%	-3,9%	-3,5%
60	-4,0%	-4,0%	-4,0%	-3,9%	-3,9%	-3,8%	-3,6%	-3,3%	-2,9%
65	-2,8%	-2,8%	-2,8%	-2,7%	-2,7%	-2,5%	-2,4%	-2,0%	-1,7%
70	-1,0%	-1,0%	-1,0%	-0,9%	-0,9%	-0,8%	-0,6%	-0,3%	0,1%
75	1,1%	1,1%	1,1%	1,3%	1,3%	1,4%	1,6%	1,9%	2,3%
80	3,7%	3,7%	3,7%	3,9%	3,9%	4,0%	4,2%	4,5%	4,9%
85	6,5%	6,5%	6,5%	6,7%	6,7%	6,8%	7,0%	7,4%	7,8%
90	9,5%	9,5%	9,5%	9,6%	9,6%	9,8%	9,9%	10,3%	10,7%
95	12,6%	12,6%	12,6%	12,7%	12,7%	12,9%	13,0%	13,4%	13,9%
100	15,5%	15,5%	15,5%	15,6%	15,6%	15,8%	16,0%	16,4%	16,8%

10.17. Le convergenze dei valori monetari tra TUN e tabella milanese

Il Consiglio di Stato, nel menzionato parere, ha valorizzato il raccordo tra i due sistemi, in particolare:

- **l'allineamento del valore del punto al 10% di invalidità**
- il mantenimento della **curva risarcitoria** tipica della tabella milanese.

In alcuni segmenti la TUN produce risarcimenti **superiori** alla tabella milanese:

- tra il 10% e il 36% di invalidità
- tra l'82% e il 100% di invalidità.

Risultati inferiori si registrano nella fascia intermedia (36%–82%).

Tuttavia, per il Consiglio di Stato, il risarcimento relativo al danno biologico può considerarsi "**complessivamente adeguato**".

10.18. Un esempio concreto con applicazione della Tabella milanese

La perdita completa del visus ad un occhio è valutata dalla Medicina legale in una invalidità permanente nella misura del 28% della complessiva integrità psico-fisica.

Per una vittima che abbia compiuto 20 anni, la Tabella milanese - edizione 2024 prevede il complessivo danno non patrimoniale di € 173.969, ma questo importo è dato dalla somma di due addendi:

- per «danno biologico (solo) dinamico-relazionale»: € 120.812
- per «danno da (sola) sofferenza soggettiva interiore media presumibile»: € 53.157.

10.19. Lo stesso esempio concreto con applicazione della T.U.N.

Con lo stesso esempio perdita completa del visus ad un occhio (28% di invalidità permanente), per una vittima che abbia compiuto 20 anni, la T.U.N. prevede,

a) nell'ipotesi in cui il giudice riconosca un «danno morale medio» (alias «sofferenza soggettiva interiore media»):
   - per "danno biologico (solo) dinamico-relazionale": €123.901
   - per «danno morale medio» (alias «sofferenza soggettiva interiore media»: €48.322.

   Totale risarcibile pari ad €172.223 (per la tabella milanese: €173.969).

b) nell'ipotesi in cui il giudice riconosca un «danno morale massimo» (alias «sofferenza soggettiva interiore massima»):

- per “danno biologico (solo) dinamico-relazionale”: €123.901
- per «danno morale con aumento massimo» (alias: «sofferenza soggettiva interiore massima»: €54.517.

Totale risarcibile pari ad € 178.418.

10.20. La TUN segna la fine della “supplenza” della «Tabella milanese»?

Con l’adozione della Tabella Unica Nazionale (TUN), ci si interroga se l’Osservatorio di Milano debba considerare conclusa la lunga stagione di supplenza al vuoto normativo esercitata dalla tabella milanese nella liquidazione del danno non patrimoniale da lesione del bene salute.

TUTTAVIA

In relazione alla causa genetica del danno in esame:

ai sensi dell’art. 1 del D.P.R. n. 12/2025, la T.U.N. si applica solo «Ai fini del risarcimento del danno non patrimoniale per lesioni di non lieve entità conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, nonché conseguenti all'attività dell'esercente la professione sanitaria e della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata».

10.21. La TUN si applica, quindi, solo ai sinistri ex titolo 10 Codice delle assicurazioni private e ai casi di malpractice medica ex art. 7, comma 4, L. n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli-Bianco)

In relazione al tempo in cui si è verificato il fatto illecito:

l’art. 1, comma 18 della cd. «Legge Concorrenza» n. 124/2017 dispone: «La tabella unica nazionale predisposta con il decreto del Presidente della Repubblica di cui all’articolo 138, comma 1, del codice delle assicurazioni private […] si applica ai sinistri e agli eventi verificatisi successivamente alla data di entrata in vigore del medesimo decreto del Presidente della Repubblica» e, quindi, dal 5.3.2025.

Il D.P.R. n. 12/2025, all'art. 5, dispone: «Le disposizioni di cui al presente decreto si applicano ai sinistri verificatisi successivamente alla data della sua entrata in vigore» e, quindi, dal 5.3.2025».

Non si prevede a breve la fine della supplenza. Pertanto, i giudici dovrebbero continuare ad applicare la tabella milanese per la liquidazione del danno conseguente a sinistri stradali e malpractice medica verificatisi in epoca anteriore al 5 marzo 2025 (e, quindi, per molti anni ancora in tutti i giudizi pendenti) e in tutte le ipotesi di sinistri aventi genesi causale diversa.

Si noti altresì che le norme richiamate parlano di"sinistri", non di "danni".

Nelle ipotesti di lesioni a decorso occulto, occorrerà dunque fare riferimento non al momento in cui sono emersi i sintomi, ma al momento in cui si è verificato il sinistro.

Lo stesso dicasi per i postumi consolidatisi dopo l'entrata in vigore del Regolamento (dopo il 5.3.2025) e cioè all'esito di un periodo di invalidità temporanea iniziato prima di tale momento.

10.22. La TUN come criterio equitativo applicabile oltre i suoi limiti?

Nel mio volume «Responsabilità civile e danno alla persona», Giuffrè Francis Lefebvre, 2025, ho già prospettato la tesi per cui la TUN, pur non applicabile direttamente a fattispecie non previste (danni alla salute cagionati da cosa in custodia e dalle altre ipotesi previste negli artt. 2043 e ss. cc. e in conseguenza di reato ex art. 185 c.p.), potrebbe operare per analogia iuris (ex artt. 12 e 14 preleggi) in quanto espressione di un criterio equitativo tipizzato, anche perché i valori monetari come si è detto si discostano poco dalla tabella milanese e sono per circa la metà delle invalidità addirittura superiori a quelli previsti dalla tabella milanese.

Anche la Cassazione sent. 11.11.2019, n. 28990 prevede la possibile applicazione retroattiva dell'art. 138, né può configurarsi una ingiustificata disparità di trattamento tra i giudizi ormai conclusi ed i giudizi pendenti, atteso che proprio e soltanto la definizione del giudizio – e la formazione

del relativo giudicato – preclude una modifica retroattiva della regola giudiziale a tutela dell'autonomia della funzione giudiziaria e del riparto delle attribuzioni al potere legislativo e al potere giudiziario.

Anche il Consiglio di Stato, nel citato parere, ha evidenziato una sostanziale continuità tecnica e parametrica della T.U.N. con la tabella milanese, specie per il valore-punto di riferimento.

Si deve, invece, escludere, allo stato, l'applicabilità a tutti i sinistri della Tabella delle micropermanenti ex art. 139 Codice assicurazioni, perché:

- i valori monetari indicati nella Tabella ex art. 139 sono notevolmente più bassi di quelli fissati nella Tabella milanese in relazione alle lesioni micropermanenti;
- sono nettamente diverse le percentuali di aumento previste per la personalizzazione del danno: il 20% per l'art. 139 ed il 50% per la Tabella milanese;

i valori monetari di cui all'art. 139 hanno superato il vaglio di costituzionalità con la sent. n. 235/2014 della Corte Costituzionale e sono ormai acquisiti da tutti gli operatori.

10.23. Cass. sent. 29.4.2025 n. 11319 (Frasca-Iannello) obiter dictum sull'applicazione della T.U.N.

In un giudizio avente ad oggetto il danno alla persona derivato all'attore in conseguenza della violazione delle norme sull'ordinamento penitenziario, la Cassazione accoglie parzialmente il ricorso e, in relazione al giudizio di rinvio, aggiunge:

«Al riguardo mette conto avvertire che, quanto ai valori da porre a base del calcolo a punto, il giudice di rinvio resta vincolato all'applicazione delle Tabelle di Milano nella versione più aggiornata.

Per effetto del giudicato interno sul punto formatosi in mancanza di impugnazione incidentale, la Corte territoriale non potrebbe infatti comunque fare applicazione della Tabella approvata con D.P.R. 13 gennaio 2025, n. 12 ("Regolamento recante la tabella unica del valore pecuniario da attribuire a ogni singolo punto di invalidità tra dieci e cento punti, comprensivo

dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto leso, ai sensi dell'articolo 138, comma 1, lettera b), del codice delle assicurazioni private i cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209"), pubblicato nella Gazz. Uff. n. 40 del 18 febbraio 2025 ed entrato in vigore il 5 marzo 2025, applicazione cui – può incidentalmente notarsi – non sarebbero altrimenti d'ostacolo né il riferimento ai soli danni derivanti da sinistri stradali, né la previsione contenuta nell'articolo 5 del citato D.P.R. circa l'applicabilità delle disposizioni "ai sinistri verificatisi successivamente alla data della sua entrata in vigore", valendo entrambi ad escludere solo un'applicazione diretta delle dette tabelle ma non anche un loro utilizzo indiretto quale parametro di riferimento nella ricerca di valori il più possibile idonei ad assicurare quella uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi che costituisce indispensabile declinazione della regola equitativa di cui all'art. 1226 cod. civ. (Cass. n. 12408 del 07/06/2011)».

10.24. Cassazione, ord. n 24349 del 2.9.2025 (Scrima-Graziosi)

La Cassazione, con l'ord. n. 24349/2025, si è pronunciata su un ricorso avente ad oggetto il risarcimento del danno da diffamazione; la Corte d'Appello di Milano, in applicazione della Tabella milanese di liquidazione del danno non patrimoniale da diffamazione, aveva liquidato il danno non patrimoniale in euro 10.000,00, pari al massimo previsto nella prima forbice («Diffamazione di tenue gravità») dei valori monetari indicati in quella Tabella all'epoca vigente.

Nel ricorso, la parte condannata si duole (tra l'altro) che «La Corte d'Appello avrebbe considerato solo tre elementi, non vagliando "gli ulteriori aspetti indicati dalle tabelle"; e ciò in base a "generiche ed astratte valutazioni". Inoltre, la Corte non avrebbe motivato perché sia stato riconosciuto il massimo, ovvero Euro 10.000, per il risarcimento».

La Cassazione afferma: «4.2. È del tutto evidente - nonostante una giurisprudenza l'abbia affermato, ma senza alcuna oggettiva base, suscitando da ultimo un intervento specifico del legislatore che non ne poteva essere supplito - che le c.d. tabelle milanesi, come quelle di qualunque altro

Foro, non hanno alcun valore normativo, non provenendo da un soggetto dotato di potestà legislativa e/o regolamentare.

Si tratta, in effetti, di una mera proposta di usualità equiparativa, che può senz'altro ispirare nel caso concreto la valutazione che il giudice è tenuto a effettuare nell'ottica di equità quando non esistono regole normative specifiche di quantificazione; e il giudice non è però obbligato ad applicare siffatte tabelle né tantomeno, se decide di applicarle, ad applicarle in toto, integrando queste, appunto, solo uno degli strumenti potenzialmente utili per operare un'adeguata valutazione di merito del quantum risarcitorio. Su un riconoscimento di Euro 10.000 come entità risarcitoria, quindi, la censura è fattuale; e comunque la motivazione al riguardo sussiste, perché va considerata nella sua complessiva stesura».

10.25. Cassazione, sent. n. 26826 del 6.10.2025 (Pres. est. Travaglino)

La Cass., in un caso di malpractice medica con morte del feto, afferma che la sent. n. 24349/2025 è «un'unica, distonica e assai sinteticamente motivata pronuncia».

"La giurisprudenza" che l'avrebbe affermato "senza alcuna oggettiva base" è invece rappresentata da molte decine di pronunce (da ultimo, Cass. Sez. lavoro 16/03/2025, n.6981: nel solo anno 2024 se ne contano 9; tra le numerosissime altre, *funditus*, Cass. 25164/2020) che prendono tutte lo spunto dalla fondamentale sentenza 12408/2011, volta a porre fine a una ormai intollerabile anarchia risarcitoria che pervadeva la giurisprudenza di merito di questo Paese.

È del tutto evidente che tali principi, costantemente riaffermati dalla giurisprudenza di questa Corte, conservano intatta la loro persuasività e la loro forza esplicativa, giuridica e non, anche all'indomani dell'emanazione, da parte del governo, delle c.d. TUN.

Di tutto ciò è prova il costante riferimento, e la altrettanto costante, proficua interlocuzione della Corte di legittimità con l'organo deputato all'elaborazione delle tabelle milanesi – interlocuzione, sia pur indiretta, di cui è prova proprio la sentenza 26300/2021 (e, prima ancora, la pronuncia

10579/2021) che stigmatizzò l'inadeguatezza della tabella milanese con riguardo al danno parentale per mancanza di parametri (era prevista, all'epoca, soltanto una liquidazione cd. "a forbice"). Adeguandosi a tali pronunce, nel maggio del 2022 l'Osservatorio meneghino licenziò le nuove tabelle integrate a punti, ricevendo, in tutte le pronunce successive di questa stessa Corte, una rinnovata e incontestata legittimazione.

10.26. Il futuro della tabella milanese

Nonostante l'entrata in vigore della TUN, la tabella milanese non è destinata a un superamento immediato, né completo.

In via diretta la TUN non si applica:

- retroattivamente nelle ipotesi di RC auto e natati e responsabilità sanitaria;
- in tutte le ipotesi di danni alla salute derivanti da altre fattispecie di responsabilità civili.

E, dunque, una parte della giurisprudenza potrà ritenere di continuare ad applicare il modello milanese.

In definitiva, è facile prevedere nei prossimi mesi (o forse anni) un odioso e dannoso caos, sia negli uffici giudiziari che (e soprattutto) nel corso delle trattative stragiudiziali, nei criteri di liquidazione del danno biologico temporaneo e permanente, sia per la macro che per le micro invalidità.

Infine, si prospettano ulteriori criticità per la personalizzazione del danno.

10.27. Tribunale Milano, ord. 18.7.25 n. 4915-2025 sul rinvio pregiudiziale alla Corte di Cassazione art 363bis

La fattispecie concreta

Il giorno 5.4.2024 si verificava un incidente stradale tra due veicoli, a seguito del quale l'attore chiamava in giudizio il proprietario/conducente

e la compagnia assicuratrice dell'auto antagonista e chiedeva (tra l'altro) il risarcimento del danno biologico permanente nella misura del 35% e di lunghi periodi di inabilità temporanea, oltre della sofferenza morale e psicofisica di elevata entità; chiedeva altresì l'aumento dei valori tabellari per la personalizzazione del danno subito (per cenestesi lavorativa e pregiudizio della propria attività amatoriale sportiva.

La compagnia assicuratrice eccepiva (tra l'altro) che il danno biologico subito dall'attore fosse pari al 25% di invalidità permanente e riteneva esaustiva l'acconto già versato di euro 100.000,00.

Il giudice instaurava il contraddittorio anche in ordine alla opportunità di disporre il "rinvio pregiudiziale" alla Corte di Cassazione, ex art. 363-bis c.p.c., circa l'applicazione nella fattispecie concreta, della Tabella milanese di liquidazione del danno non patrimoniale da lesione del bene salute – Edizione 2024 oppure della Tabella Unica Nazionale (c.d. T.U.N.), approvata con il D.P.R. n. 12/2025 ed entrata in vigore il 5 marzo 2025.

Parte attrice dichiarava che, nella fattispecie concreta, *ratione temporis*, dovesse applicarsi la Tabella milanese, in considerazione della circostanza che l'incidente di cui è causa si era verificato in data 20.02.2021.

Parte convenuta, di contro, dichiarava che dovesse trovare applicazione, in via analogica, la T.U.N.

10.28. Condizioni di proponibilità del rinvio pregiudiziale ex art. 363-bis c.p.c.

L'art. 363-bis c.p.c. disciplina il "rinvio pregiudiziale" alla Corte di Cassazione, con le seguenti modalità e prescrizioni:

"Il giudice di merito può disporre con ordinanza, sentite le parti costituite, il rinvio pregiudiziale degli atti alla Corte di cassazione per la risoluzione di una questione esclusivamente di diritto, quando concorrono le seguenti condizioni:

1) la questione è necessaria alla definizione anche parziale del giudizio e non è stata ancora risolta dalla Corte di cassazione;
2) la questione presenta gravi difficoltà interpretative;

3) la questione è suscettibile di porsi in numerosi giudizi.

L'ordinanza che dispone il rinvio pregiudiziale è motivata, e con riferimento alla condizione di cui al numero 2) del primo comma reca specifica indicazione delle diverse interpretazioni possibili".

La questione è di diritto

Sul presupposto di proponibilità di cui al comma 1, la soluzione della questione oggetto del presente rinvio pregiudiziale è "esclusivamente di diritto" e riveste carattere dirimente perché "è necessaria alla definizione anche parziale" del presente giudizio.

La questione giuridica in esame riguarda l'individuazione dei criteri risarcitori applicabili, alla luce del principio dell'equità ex art. 1226 c.c. In particolare, occorre stabilire se, in caso di lesioni superiori al 9% subite a seguito di incidente stradale verificatosi prima del 5 marzo 2025 (data di entrata in vigore della T.U.N.), la liquidazione del danno non patrimoniale debba avvenire:

sulla base della Tabella Unica Nazionale (c.d. T.U.N.), adottata con il D.P.R. 13.01.2025, n. 12 ed entrata in vigore il 5 marzo 2025, con l'avvertenza che, ai sensi dell'art. 1, comma 18 della cd. «Legge Concorrenza» n. 124/2017 e dell'art. 5 del D.P.R. n. 12/2025, la T.U.N. si applica ai «sinistri verificatisi successivamente alla data della sua entrata in vigore» e, quindi, dal 5.3.2025,

ovvero se,

considerato che quest'ultima non era ancora in vigore al momento del sinistro in esame (5.4.2024), debba farsi riferimento alla Tabella elaborata dal Tribunale di Milano (Edizione 2024) sui criteri di liquidazione del danno non patrimoniale da lesione del bene salute.

La questione è di diritto perché la Tabella milanese di liquidazione del danno da lesione del bene salute ha acquistato una sorta di efficacia para-normativa, "quale parametro di conformità della valutazione equitativa del danno biologico alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 cod. civ." e, conseguentemente, incorre in vizio di violazione di legge la sentenza che la disapplichi (Cass., sent., n. 12408/2011; Cass. sent. n. 10579/2021).

La condizione di proponibilità sub 1): L'individuazione della Tabella applicabile incide in modo determinante sull'esito del presente giudizio

Nel giudizio non sono state ancora espletate le prove orali richieste non è stata ancora disposta la CTU medico legale.

Nell'ordinanza il giudice, a fini semplificativi, suppone che il danno biologico permanente venga poi accertato dal CTU nella percentuale del 35% e il danno biologico temporaneo nelle percentuali e nei giorni indicati dall'attore; per semplificare il calcolo, suppone altresì che non venga riconosciuta la personalizzazione e il giudice ritenga di liquidare il danno morale/sofferenza soggettiva interiore, permanente e temporaneo, nei valori medi.

Liquidando il danno con i valori medi previsti nella T.U.N. il danno risarcibile sarebbe pari ad Euro 254.015,50;

Liquidando il danno con i valori medi previsti nella Tabella milanese il danno risarcibile sarebbe pari ad Euro 275.545,00.

In definitiva, nell'esempio descritto riconducibile alla fattispecie in esame, con l'applicazione della Tabella milanese si liquiderebbero 21.529,50 euro in più rispetto all'applicazione della T.U.N.

Condizioni di proponibilità del rinvio pregiudiziale n. 2) e n. 3)

Sulla condizione di proponibilità sub 2), si osserva che, poiché il citato D.P.R. n. 12/2025 è entrato in vigore lo scorso 5 marzo 2025, "la questione non è stata ancora risolta dalla Corte di cassazione"; quest'ultima solo in un obiter dictum, con la sentenza 29.4.2025 n. 11319 (come si spiegherà meglio in seguito), ha genericamente ipotizzato la possibilità di un "utilizzo indiretto della T.U.N.

Inoltre, "la questione presenta gravi difficoltà interpretative", come si dimostrerà in seguito.

Sul presupposto sub 3), è altrettanto indubbio che "la questione è suscettibile di porsi in numerosi giudizi", essendo decine di migliaia, ogni anno, i giudizi che hanno ad oggetto l'accertamento e la liquidazione del danno non patrimoniale da lesione macropermanente (e cioè che cagioni invalidità dal 10% al 100%) del bene salute, a seguito di incidenti stradali verificatisi prima del 5 marzo 2025.

10.29. La dottrina e la giurisprudenza favorevole ad una applicazione generale della T.U.N. e, quindi, anche agli incidenti stradali verificatisi prima del 5 marzo 2025

- **I Valori monetari:**

il Consiglio di Stato, con il parere "non ostativo" n. 01282/2024 (reso in sede di adunanza del 24 settembre 2024 dalla Sezione consultiva per gli atti normativi), esprimendosi sullo Schema di Regolamento attuativo della T.U.N. (poi approvato con il citato D.P.R. n. 12/2025), ha rilevato che: «Nel dettaglio, la curva risarcitoria elaborata produce, in concreto, risarcimenti superiori a quelli della tabella di Milano dal 10° al 36° grado di invalidità e, poi, dall'82° al 100°, mentre prefigura risarcimenti inferiori nella fascia intermedia (dal 36° all'82°). Si tratta nondimeno, ad avviso della Sezione, di un esito complessivamente accettabile».

Nella relazione illustrativa dello Schema di decreto (poi pubblicato) si afferma che l'IVASS «ha elaborato, in applicazione dei parametri previsti dall'art. 138, comma 2, lett. d) una serie di coefficienti, indicati negli allegati allo schema di regolamento, che presentano un andamento molto simile a quello attualmente disposto dal Tribunale di Milano consentendo quindi di tenere massimamente conto dei criteri di valutazione del danno non patrimoniale ritenuti congrui dalla consolidata giurisprudenza di legittimità, come previsto dallo stesso articolo 138».

- **È ammissibile l'applicazione analogica della T.U.N. a incidenti stradali (e nautici) e malpractice medica verificatisi prima del 5 marzo 2025 ed anche a tutti i sinistri aventi diversa derivazione causale:**

il ricorso all'analogia (sia *legis* che *iuris*) è un processo di auto-integrazione dell'ordinamento, ex art. 12 delle preleggi: essa dunque esige, in primo luogo, che esista una lacuna. E, nel nostro caso, la lacuna c'è, dal momento che gli artt. 138 e 139 Codice delle Assicurazioni disciplinano soltanto i danni alla persona causati da sinistri stradali, disciplina poi estesa alle ipotesi di malpractice medica.

Il procedimento analogico non può essere utilizzato per estendere il campo d'applicazione di norme speciali e, tuttavia, appare arduo sostenere

che gli artt. 138 e 139 costituiscano norme "speciali", ex art. 14 preleggi, atteso che si tratta delle disposizioni che disciplinano in via generale nell'ordinamento il danno alla salute; inoltre i due terzi dei danni alla salute, di cui in giudizio si invoca o si contrasta il risarcimento, scaturiscono da sinistri stradali o colpa medica e non può definirsi "speciale" la norma dal più vasto campo d'applicazione.

- **È ammissibile l'applicazione in via indiretta della T.U.N. a incidenti stradali (e nautici) e malpractice medica verificatisi prima del 5 marzo 2025 ed anche a tutti sinistri aventi diversa genesi causale:**

la Cassazione, con la sentenza n. 11319 del 29.4.2025, in un giudizio avente ad oggetto il danno differenziale alla persona derivato all'attore/ricorrente in conseguenza della violazione delle norme sull'ordinamento penitenziario, ha affermato che la Corte d'Appello aveva liquidato il danno facendo applicazione della tabella milanese. «Per effetto del giudicato interno sul punto formatosi in mancanza di impugnazione incidentale, la Corte territoriale non potrebbe infatti comunque fare applicazione della Tabella approvata con D.P.R. 13 gennaio 2025, n. 12 […] applicazione cui – può incidentalmente notarsi - non sarebbero altrimenti d'ostacolo né il riferimento ai soli danni derivanti da sinistri stradali, né la previsione contenuta nell'articolo 5 del citato D.P.R. circa l'applicabilità delle disposizioni "ai sinistri verificatisi successivamente alla data della sua entrata in vigore", valendo entrambi ad escludere solo un'applicazione diretta delle dette tabelle ma non anche un loro utilizzo indiretto quale parametro di riferimento nella ricerca di valori il più possibile idonei ad assicurare quella uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi che costituisce indispensabile declinazione della regola equitativa di cui all'art. 1226 cod. civ. (Cass. n. 12408 del 07/06/2011)".

- **Nelle ipotesi di incidenti stradali (e nautici) e malpractice medica, non si pone affatto, a ben vedere, una questione di diritto intertemporale:**

è possibile sostenere che, a rigore, non si è verificata alcuna novella legislativa soggetta, salvo deroghe espresse, al disposto dell'art. 11 delle

Disposizioni sulla legge in generale del codice civile: «La legge non dispone che per l'avvenire: essa non ha effetto retroattivo».

Infatti, alla stessa stregua per cui il danno, in ipotesi di aggiornamento del sistema tabellare, andrebbe liquidato sulla scorta delle nuove tabelle alla luce della granitica giurisprudenza di legittimità sul punto (da ultimo, Cass., ord., n. 19229/2022), la nuova T.U.N. ha sostituito le tabelle di matrice giurisprudenziale come misura dell'equità della liquidazione del danno non patrimoniale, intesa dalla giurisprudenza di legittimità non solo come equità del caso concreto, ma anche come forma di parità di trattamento, che oggi viene garantita in maniera ancora più efficace mediante la T.U.N.

Anche la Cassazione (sent., 11.11.2019, n. 28990) ha ritenuto che «il criterio equitativo di liquidazione del danno non patrimoniale fondato sulle tabelle elaborate in base agli artt. 138 e 139 del d.lgs. n. 209 del 2005 (Codice delle assicurazioni private) - trova applicazione anche nelle controversie relative ad illeciti commessi e a danni prodotti anteriormente alla sua entrata in vigore, nonché ai giudizi pendenti a tale data».

10.30. La dottrina e la giurisprudenza di merito contraria ad un'applicazione generale della T.U.N. e, quindi, anche agli incidenti stradali verificatisi prima del 5.3.2025

- **La volontà del legislatore su interventi settoriali del risarcimento del danno alla salute:**

in tutti i testi normativi che negli anni hanno disciplinato il danno non patrimoniale da lesione del bene salute, il legislatore è sempre intervenuto con norme settoriali: prima con gli artt. 138 e 139 inseriti nel Codice delle Assicurazioni private, poi con l'art. 3, comma 3, del d.l. n. 158 del 2012 – convertito nella l. n. 189 del 2012 (c.d. "Legge Balduzzi"), poi con l'art. 7, comma 4, della l. n. 24 del 2017 (c.d. "Legge Gelli-Bianco), infine, con l'art. 1, commi 17-18-19 della legge n. 124/2017 (c.d. "Legge Concorrenza").

La ratio legis sottesa alla T.U.N. è certamente quella di intervenire in settori specifici. Si tratta di normativa "speciale", non suscettibile di applicazione analogica

Il legislatore è intervenuto in settori speciali, non individuati casualmente, perché trattasi di ambiti nei quali è prevista sempre l'assicurazione obbligatoria del danneggiante: titolo X del Codice della Assicurazioni private, per gli incidenti stradali e nautici, e artt. 10-11-12 della legge n. 24/2017, per i casi di malpractice medica (v. anche Corte Costituzionale, sent. n. 235/2014).

La ratio legis è ravvisata, quindi, per volontà del legislatore espressa chiaramente nell'art. 138 citato, nel «razionalizzare i costi gravanti sul sistema assicurativo e sui consumatori».

Nella sentenza Cass. n. 28990/2019 si afferma che il richiamo, nell'art. 7 Legge Gelli-Bianco n. 24/2017, degli artt. 138 e 139 trova fondamento «nell'estensione del regime assicurativo obbligatorio alle strutture aziendali pubbliche e private e ai professionisti sanitari, e nell'azione diretta attribuita al paziente danneggiato nei confronti della impresa assicurativa».

Pertanto, la disciplina specifica di peculiari criteri di liquidazione del danno ne impedisce l'applicazione oltre i casi espressamente previsti e, quindi, l'applicazione per analogia (sia per analogia legis che per analogia iuris) ex artt. 12 e 14 delle Disposizioni sulla legge in generale del codice civile.

Le esposte argomentazioni rendono irrilevante la circostanza che i due terzi della casistica giudiziaria possa essa riconducibile al Codice delle Assicurazioni e alla Legge Gelli Bianco.

- **La rilevanza del differimento dell'efficacia ai sinistri avvenuti dal 5.03.2025.**

L'art. 1, comma 18 della c.d. "Legge Concorrenza" n. 124/2017 dispone: «La tabella unica nazionale predisposta con il decreto del Presidente della Repubblica di cui all'articolo 138, comma 1, del codice delle assicurazioni private […] si applica ai sinistri e agli eventi verificatisi successivamente alla data di entrata in vigore del medesimo decreto del Presidente della Repubblica» e, quindi (ora possiamo dire) dal 5.3.2025.

Anche il D.P.R. n. 12/2025, all'art. 5, dispone: «Le disposizioni di cui al presente decreto si applicano ai sinistri verificatisi successivamente alla data della sua entrata in vigore" e quindi dal 5.3.2025».

Questo reiterato differimento dell'efficacia vincolante della norma ha una specifica ratio, che va ravvisata nel dare alle compagnie assicuratrici il tempo necessario per modificare le polizze e, soprattutto, i premi assicurativi in relazione ai nuovi possibili indennizzi previsti dalla T.U.N., sempre al fine di adeguatamente «razionalizzare i costi gravanti sul sistema assicurativo e sui consumatori» (ex art. 138 citato).

- **I precedenti della Cassazione sono solo *obiter dicta*.**

Gli asseriti precedenti della Cassazione sono solo obiter dicta, che non danno una univoca risposta ai quesiti posti nella presente questione pregiudiziale:

la sentenza della Cassazione 29.4.2025, n. 11319 si è pronunciata in occasione dell'esame di un ricorso in cui l'applicazione da parte del giudice di merito dei valori monetari espressi dalla Tabella milanese costituiva "giudicato interno sul punto formatosi in mancanza di impugnazione incidentale". La successiva valutazione circa l'ammissibilità di "un loro utilizzo indiretto quale parametro di riferimento nella ricerca di valori il più possibile idonei ad assicurare quella uniformità di giudizio a fronte di casi analoghi che costituisce indispensabile declinazione della regola equitativa di cui all'art. 1226 cod. civ. (Cass. n. 12408 del 07/06/2011)", costituisce un obiter dictum che non può essere valutato come precedente della Cassazione sulla questione in esame. Il riferimento, solo tra parentesi, alla citata sentenza Cass. n. 12408/2011, non chiarisce affatto se non utilizzare la Tabella milanese comporti ancora o meno il vizio della sentenza per violazione di legge.

Cassazione n. 28990/2019 non risolve le perplessità neppure in ordine alla questione del diritto intertemporale applicabile allorché il danno alla salute sia stato cagionato da sinistri verificatisi (come nella fattispecie concreta) prima del 5 marzo e relativi ad incidenti stradali (e nautici) e malpractice medica. Va evidenziato che, anche in questo caso, in relazione alle macropermanenti, si trattava di un evidente obiter dictum. Non potevano dunque trarsi argomentazioni in favore della T.U.N. se la stessa, alla

data della pronuncia della sentenza n. 28990/2019, non era stata ancora approvata.

- **Notevole disomogeneità dei valori monetari di liquidazione del danno non patrimoniale permanente per lesioni di non lieve entità previsti dalla TUN e dalla Tabella milanese.**

La circostanza che i valori monetari della T.U.N. siano "complessivamente pressoché omogenei" con quelli previsti nella Tabella milanese non impedisce che, nei singoli casi, in relazione alla specifica invalidità ed età della vittima, vi possano essere differenze significative (come si è dimostrato nella fattispecie concreta). Infatti, tenendo conto congiuntamente dei valori monetari correlati sia al danno biologico che a quelli medi (la curva dei valori monetari più adoperata) della componente danno morale (alias, sofferenza soggettiva interiore), risulta che:

- **dal 10% a circa il 27-28%** di invalidità la T.U.N. riconosce indennizzi superiori a quelli indicati nella Tabella milanese in percentuali che oscillano dall'1% al 6% circa;
- **dall'80% al 100%** di invalidità la T.U.N. riconosce indennizzi superiori a quelli indicati nella Tabella milanese in percentuali che oscillano dall'1% al 13% circa;
- **dal 27-28% al 79%** di invalidità la T.U.N. riconosce indennizzi inferiori a quelli indicati nella Tabella milanese in percentuali che oscillano dal 2% al 7% circa.
-

- **Non è possibile applicare in via analogica la TUN, anche in ragione dei differenti criteri per la personalizzazione del danno non patrimoniale, nella T.U.N. e nella Tabella milanese:**

il comma 3 del citato art. 138 dispone che: "Qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali documentati e obiettivamente accertati, l'ammontare del risarcimento del danno, calcolato secondo quanto previsto dalla tabella unica nazionale di cui al comma 1, lettera b), può essere aumentato dal giudice, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato, fino al 30 per cento".

Per contro, la Tabella milanese prevede, per la personalizzazione del danno, percentuali differenziate:

- dal 49%, per l'invalidità del 10%, con percentuali via via decrescenti fino al 25% fissato per l'invalidità al 34%,
- in misura fissa del 25% per le invalidità dal 34% al 100%.

- **Non è possibile applicare in via analogica la TUN, anche per via dei differenti criteri per la liquidazione (anche nel caso di specie) del danno non patrimoniale temporaneo, nella T.U.N. e nella Tabella milanese.**

L'art. 3 del D.P.R. n. 12/2025 dispone che "1. Il danno biologico temporaneo è liquidato in conformità all'articolo 139, commi 1, lettera b), e 5, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209. 2. L'incremento per il danno morale è ricompreso tra il 30 e il 60 per cento del danno liquidato ai sensi del comma 1".

Ai sensi dell'art. 139 citato, il D.M. 16.7.2024 (vigente all'epoca dell'ordinanza di rinvio pregiudiziale) ha fissato in euro 55,24 l'importo per la liquidazione del danno biologico per ogni giorno di inabilità assoluta; quindi l'importo massimo liquidabile pro die è pari ad euro 88,38.

La Tabella milanese (Edizione 2024) prevede, per la liquidazione del danno non patrimoniale per un giorno di inabilità temporanea assoluta, la somma complessiva *pro die* di euro 115,00;

è poi previsto "l'aumento personalizzato in presenza di allegate e comprovate peculiarità fino a max 50%" e, quindi, fino all'importo massimo di euro 172,50.

- **Le micro-permanenti e l'art. 139 Codice Assicurazioni.**

È condivisa in dottrina e giurisprudenza la tesi che, in ogni caso, si deve escludere l'applicabilità del D.M. che viene emesso ogni anno (ora vigente quello del 16.7.2024) ai sensi dell'art. 139 Codice delle Assicurazioni private, per la liquidazione del danno non patrimoniale per lesioni di lieve entità, a tutti i sinistri e, quindi, anche a quelli verificatisi prima del 5 marzo 2025 e aventi genesi causale diversa da quelli disciplinati dal Titolo X del Codice delle Assicurazioni privati e dalla legge n. 24/2017, per le seguenti ragioni:

- i valori monetari, previsti dal citato D.M. 16.7.2024 per il danno biologico permanente, sono molto diversi da quelli indicati per le micropermanenti (dall'1% al 9% di invalidità) oggetto della Tabella milanese – Edizione 2024;
- per i casi di cogente applicazione dell'art. 139, la personalizzazione è prevista con aumento fino al 20% dell'importo standard e invece, per la Tabella milanese, tale aumento è consentito fino al 50%;
- molto diversi sono anche i valori monetari per la liquidazione del danno biologico temporaneo: euro 55,24 per il D.M. 16.7.2024 ed euro 115,00 previsti dalla Tabella milanese;
- la sentenza Cassazione n. 12408/2011 ha escluso l'applicazione analogica dell'art. 139;
- i valori monetari riconducibili all'art. 139 in esame hanno già superato il vaglio di costituzionalità con la sentenza della Corte Costituzionale n. 235/2014.

Ritenere la T.U.N., prevista per la liquidazione del "danno non patrimoniale per lesioni di non lieve entità" ex art. 138, applicabile anche ai sinistri dalla stessa non previsti comporterebbe una ulteriore pesante distonia con i valori monetari riconducibili all'art. 139, per la liquidazione del "danno non patrimoniale per lesioni di lieve entità", che non possono essere applicati ai sinistri dalla stessa non previsti.

- **Solamente per la T.U.N., e non per la Tabella milanese, l'ammontare complessivo del risarcimento è "esaustivo" ex art. 138.**

Nei «Criteri orientativi» della Tabella milanese si afferma che sussiste «ovviamente, la possibilità che il giudice moduli la liquidazione oltre i valori minimi e massimi, in relazione a fattispecie eccezionali rispetto alla casistica comune degli illeciti».

Per la Cassazione, sent. n. 12408/2011, la Tabella milanese è «da applicare in tutti i casi in cui la fattispecie concreta non presenti circostanze idonee ad alimentarne o ridurne l'entità».

Per la Cassazione, sent. n. 10579/2021, nell'applicazione delle tabelle milanesi, il giudice potrà «superare i limiti minimi e massimi degli

ordinari parametri previsti dalle dette tabelle solo quando la specifica situazione presa in considerazione si caratterizzi per la presenza di circostanze di cui il parametro tabellare non possa aver già tenuto conto. […] Non è invece configurabile la riespansione della clausola generale rispetto alla tabella unica prevista dal D.Lgs. n. 209 del 2005, art. 138 e non ancora adottata al momento di questa decisione», perché, ai sensi degli artt. 138 e 139, «l'ammontare complessivo del risarcimento riconosciuto ai sensi del presente articolo è esaustivo del risarcimento del danno conseguente alle lesioni fisiche».

La Tabella milanese, a differenza della T.U.N., consente al giudice di discostarsi, con congrua motivazione, dai valori monetari nella stessa indicati, in presenza di circostanze non contemplate dalla Tabella. Ciò si verifica certamente nelle due ipotesi che seguono:

- quando il giudice, con valutazione *incidenter tantum*, ravvisi nel fatto illecito gli estremi oggettivi e soggettivi del reato di lesioni dolose.
- quando il giudice ravvisi la prova per la liquidazione anche del "danno biologico terminale".

Il "danno biologico terminale" (a differenza del "danno catastrofale", che sussiste solo quando la vittima sia stata cosciente e consapevole della fine imminente indipendentemente dall'apprezzabilità dell'intervallo temporale intercorso tra le lesioni e il decesso) è un pregiudizio alla salute, da invalidità temporanea sebbene massimo nella sua entità ed intensità, da accertarsi con criteri medico-legali e da liquidarsi comunque, avuto riguardo alla specificità del caso concreto, se tra le lesioni colpose e la morte intercorra un apprezzabile lasso di tempo, comunque non inferiore a 24 ore (Cass., sent., n. 7923/2024; Cass., ord., n. 4658/2024; Cass., ord., n. 4998/2023).

La Cassazione (ord. n. 21799/2025) ha cassato con rinvio la sentenza, ritenendo meramente simbolico il risarcimento del "danno terminale" subito da un neonato, sebbene la Corte d'Appello avesse incrementato di oltre il 300% l'importo standard indicato nella Tabella milanese per l'inabilità temporanea, riconoscendo 1.000 euro pro die).

Quindi, applicare la T.U.N. oltre i casi e i tempi espressamente previsti dalle norme citate, comporterebbe anche l'osservanza del menzionato

comma 4 dell'art. 138, secondo cui l'ammontare complessivo del danno liquidato ex artt. 138 e 139 è «esaustivo del risarcimento del danno».

Nelle ipotesi di cogente applicazione della T.U.N., il Consiglio di Stato, nel citato parere ha evidenziato che un esito concretamente inadeguato del vaglio equitativo - che risultasse, di fatto, corollario di un vincolo parametrico tabellare di rango regolamentare non conforme ad una direttiva di congruenza, pienezza ed effettività del ristoro - non varrebbe a scongiurare del tutto il rischio, a dispetto del tratto di specialità della disciplina primaria di cui all'articolo 138 del codice delle assicurazioni private, di una disapplicazione, da parte del giudice, della fonte normativa secondaria", rispetto all'art. 1226 c.c. che prevede un criterio equitativo che deve essere interpretato ed applicato alla luce della tabella milanese.

Sarebbe tuttavia davvero incongrua e contraddittoria la decisione del giudice che, per un verso, estenda l'applicazione della T.U.N. oltre i casi espressamente previsti dalla legge e, per altro verso, in talune ipotesi la disapplichi per pervenire a soluzioni risarcitorie invece consentite dalla Tabella milanese, con conseguenze ancora più devastanti circa l'aumento del contenzioso.

10.31. I quesiti posti alla Corte di Cassazione

Se, in relazione alla controversia *sub judice*, relativa a domanda risarcitoria di danno alla salute superiore al 9% derivante da sinistro della circolazione stradale avvenuto prima del 5.03.2025, tenuto conto della sopravvenuta emanazione del D.P.R. n. 12/2025 in vigore dal 5 marzo 2025, che ha approvato la T.U.N. (Tabella Unica Nazionale) ex art. 138 Codice delle Assicurazioni Private:

- in conformità con gli assunti della sentenza Cass. n. 12408/2011 (poi ribaditi nella sentenza Cass., n. 10579/2021), il Giudice, per non incorrere nel vizio di violazione di legge, deve continuare ad applicare la Tabella per la liquidazione del danno non patrimoniale da lesione del bene salute approvata dall'Osservatorio sulla Giustizia civile di Milano (ad oggi trattasi delle Tabelle

milanesi Edizione 2024), che ha acquistato una sorta di efficacia para-normativa, "quale parametro di conformità della valutazione equitativa del danno biologico alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 cod. civ.";

- oppure se, per non incorrere nel vizio di violazione di legge, il Giudice dovrà necessariamente applicare la T.U.N., avendo questa assunto, dopo l'emanazione del D.P.R. n. 12/2025, valenza, in linea generale, di nuovo parametro di conformità della valutazione equitativa del danno non patrimoniale da lesione del bene salute alle disposizioni di cui agli artt. 1226 e 2056 c.c.;
- oppure se, con adeguata motivazione, il Giudice è libero di applicare, in tutto o in parte, la T.U.N. o la Tabella milanese per la liquidazione del danno non patrimoniale da lesione del bene salute, in base alle peculiarità della fattispecie concreta.

10.32. Il decreto di ammissibilità emesso dal Primo Presidente della Cassazione

Il Primo Presidente della Corte Suprema di Cassazione, con decreto depositato in data 17.9.2025, ha ritenuto che l'ordinanza n. 4915/2025 emessa dal Tribunale di Milano soddisfi tutte le condizioni di proponibilità richieste dall'art. 363bis c.p.c. ed ha assegnato la questione oggetto del rinvio pregiudiziale alla Terza Sezione civile della Cassazione per l'enunciazione del principio di diritto all'esito di pubblica udienza, già fissata per il 16.1.2026.

CAPITOLO XI

Il diritto alla salute, Costituzione e tetti risarcitori *(Avv. Paolo Mariotti)*

SOMMARIO 11.1. TUN: diritto alla salute, Costituzione e tetti risarcitori - 11.2. La giurisprudenza costituzionale - 11.3. La sentenza numero 837/1971 - 11.4. La sentenza numero 132/1985 - 11.5. La sentenza numero 235/2014 - 11.6. L'interesse generale nella RC sanitaria - 11.7. La prevedibilità delle sentenze

11.1. TUN: diritto alla salute, Costituzione e tetti risarcitori

Il quesito al quale darò una risposta è il seguente: è consentito al legislatore fissare per legge un tetto massimo del danno non patrimoniale derivante dalla lesione del diritto alla salute che è un diritto inviolabile e un diritto fondamentale perché spetta ad ogni essere umano per il solo fatto di essere tale ed è il più importante di tutti i diritti posto che la salute è il presupposto per il godimento di quasi tutti i diritti costituzionalmente garantiti?

La mia tesi è che il legislatore possa legittimamente prevedere un limite massimo al risarcimento del danno alla persona nel rispetto, però, del principio di ragionevolezza. E quali sono le ragioni che mi portano a questa conclusione? Sono principalmente due.

11.2. La giurisprudenza costituzionale

La prima ragione deriva dall'esame della giurisprudenza della Corte Costituzionale la quale ha sempre affermato che il diritto alla salute (ma lo

ha affermato anche per tutti gli altri diritti costituzionalmente tutelati come la libertà personale, di associazione, di riunione di manifestare il proprio pensiero, di agire in giudizio, di privacy) deve essere coordinato e bilanciato con i doveri di solidarietà politica, economica e sociale stabiliti dall'art. 2 della nostra Costituzione.

La solidarietà, è un valore fondante del nostro ordinamento ed è la base della convivenza sociale e della nostra democrazia. Ed è una solidarietà diffusa come ci ha sempre ricordato Stefano Rodotà.

In queste sentenze -tra poco ve ne citerò alcune- la Corte Costituzionale ha anche affermato che il diritto alla salute non è un valore assoluto e intangibile, ma che è consentito al legislatore bilanciare tale diritto con altri valori a condizione però che il bilanciamento sia ragionevole e che non sia irrazionale.

Ma la Corte si è spinta ancora più avanti, affermando che in caso, ad esempio, di danni alla persona causati dalla circolazione stradale, il diritto alla salute e l'interesse del danneggiato al risarcimento del danno va coordinato con l'interesse generale ad avere premi assicurativi più bassi e ad alimentare il Fondo di Garanzia Vittime della Strada.

La Corte Costituzionale ci ha detto, dunque, che il bilanciamento deve essere sempre fatto con altri principi/valori costituzionali (in primis la solidarietà) e che in molti ambiti della vita va fatto anche con gli interessi generali, di cui beneficia l'intera collettività, concetto che riprenderemo alla fine del mio intervento.

Ma vediamo ora quattro sentenze della Consulta.

11.3. La sentenza numero 837/1971

Partiamo da una sentenza del 1971, la numero 837 nella quale la Consulta fu chiamata stabilire se fossero contrarie ai principi costituzionali le leggi che fissavano un limite al risarcimento dei danni alla persona provocati da "atti non di combattimento" degli eserciti inglesi ed americano che occuparono il nostro paese nella seconda guerra mondiale.

La Corte diede risposta negativa e affermò che la misura dell'indennizzo non svuotasse di contenuto il ristoro del danno.

11.4. La sentenza numero 132/1985

Un'altra sentenza della Corte Costituzionale che si è occupata della legittimità costituzionale dei tetti risarcitori nel danno alla persona è la numero 132 del 6 maggio 1985.

In questa sentenza la Consulta venne chiamata a stabilire se fossero contrarie ai principi costituzionali due norme che davano esecuzione alla convenzione di Varsavia che stabilivano la responsabilità del vettore aereo per il risarcimento del danno alla persona entro un tetto massimo.

La Consulta dichiarò che:

a) la fissazione di un limite al risarcimento del danno alla persona in questo settore non lede l'art. 2 della Costituzione se è motivata dalla necessità di bilanciare il diritto inviolabile alla salute con altri principi costituzionalmente protetti (nella specie la salvaguardia dell'iniziativa economica privata art. 41 Cost.).
b) Il bilanciamento, però, deve essere ragionevole e poiché queste leggi non fissavano un meccanismo che garantisse la certezza del risarcimento alla vittima né criteri che adeguassero il risarcimento all'inflazione, la Consulta ne dichiarò l'illegittimità.

11.5. La sentenza numero 235/2014

Con questa nota sentenza sul danno biologico, la Consulta fu chiamata a rispondere sulla legittimità costituzionale dell'articolo del 139 codice delle assicurazioni nella parte in cui:

a) stabiliva la misura del risarcimento del danno biologico per ciascun punto di invalidità;
b) Non dava la possibilità al giudice di aumentare l'importo del danno biologico oltre il 20%.

La Consulta non ritenne fondata la questione di legittimità costituzionale e ribadì che:

1) i diritti inviolabili alla persona vanno bilanciati con il dovere costizionale di solidarietà sociale;
2) Il diritto alla salute non è un valore assoluto e intangibile, ma il legislatore può bilanciarlo con altri valori a condizione che il bilanciamento sia ragionevole;
3) Nel caso dei danni alla persona causati dalla circolazione stradale, il diritto al risarcimento del danno biologico va coordinato con l'interesse generale ad avere primi assicurativi contenuti e con l'interesse generale ad alimentare il Fondo di Garanzia Vittime della Strada.

Va detto che la Consulta precisò in motivazione che lo scrutinio costituzionale aveva per oggetto il solo settore dei danni micropermanenti da circolazione stradale sicché una parte della dottrina ha sollevato, forti critiche ai tetti risarcitori stabiliti dalla TUN osservando che per le lesioni gravi, gravissime (pensiamo, ad esempio al diritto di un tetraplegico al risarcimento integrale del danno) non si può bilanciare il diritto alla salute con un interesse generale di natura economica qual è quello di contenere i premi assicurativi. Non è, secondo il pensiero di questa dottrina, equo.

Per rispondere a queste critiche, occorre ricordare che equità è innanzitutto misura ed iniquo è ciò che non rispetta la misura. Ma poiché del danno biologico e del danno morale nessuno sa quale sia la misura, è erroneo bollare come iniqui i valori monetari stabiliti dalla TUN o i valori monetari stabiliti dalle tabelle del Tribunale di Milano. Come ha rilevato Marco Rossetti nessuno sa o saprà mai quale sia il risarcimento giusto per una lesione media grave o gravissima. E pretendere che il risarcimento che piace a noi sia quello giusto mentre quello stabilito dal legislatore sia iniquo, è una assurdità.

Certo, come è stato rilevato prima esaminando la sentenza in questione, ci sono dei paletti che vanno rispettati. Il bilanciamento non deve

essere irrazionale e ci deve essere un equo temperamento tra il diritto alla salute, il risarcimento del suo danno e gli interessi generali. A me sembra - anche per le ragioni che ha espresso il professor Ponzanelli nella sua relazione - che il bilanciamento sia equo. E quali sono gli interessi generali che devono essere considerati nella TUN oltre a quelli che ho indicato prima?

11.6. L'interesse generale nella RC sanitaria

Nella responsabilità da medmal, ad esempio, un interesse generale è rappresentato dalla possibilità per le strutture sanitarie e sociosanitarie così per gli esercenti le professioni sanitarie di reperire sul mercato coperture assicurative con premi meno onerosi di quelli attuali e calmierare i costi sociali nell'ipotesi di strutture in autoritenzione. Un altro interesse generale da tenere presente in questo ambito è quello del contenimento dei costi legati al fenomeno della medicina difensiva giunto come è noto a livelli allarmanti con sottrazione di risorse al sistema sanitario.

C'è poi un altro interesse generale, il più importante del quale beneficia l'intera collettività che deve essere considerato nel bilanciamento con l'interesse del danneggiato risarcimento integrale del danno. Ed è quello della prevedibilità delle sentenze.

11.7. La prevedibilità delle sentenze

La prevedibilità delle decisioni giudiziarie è un valore che porta alla certezza del diritto un valore che tutela la nostra libertà di azione perché libertà è anche consentire ai danneggiati e ai danneggianti di sapere quali siano le conseguenze risarcitorie di un fatto illecito. Per moltissimi anni nel nostro paese la liquidazione del danno alla salute è stata una babele risarcitoria. Ricordiamoci quello che accadeva in questo ambito negli anni 70,80 e 90 del secolo scorso.

Ebbene, per concludere, una legge che fissa dei tetti risarcitori per la liquidazione del danno biologico e del danno morale e che rispetta il concetto di equità previsto dall'art. 1226 c.c. assicurando parità di trattamento e possibilità di adattamento alle circostanze del caso concreto risponde a questo interesse generale.

In base alle coordinate fornite dalla Corte Costituzionale attraverso le pronunce sopra richiamate, deve concludersi per le legittimità della previsione di un limite al risarcimento del danno alla persona previste dalla TUN.

Cionondimeno, la discrezionalità del legislatore nel fissare tetti al risarcimento del danno biologico e del danno morale incontra, quale limite invalicabile, quello della ragionevolezza, alla quale, per l'appunto, devono essere improntate le scelte legislative.

Il tema è molto delicato e le questioni che stanno sullo sfondo, riguardano la sostenibilità del sistema sociale, assicurativo e la legittimità dell'apposizione di un limite all'espansione illimitata della responsabilità civile e del suo fatturato.

CAPITOLO XII

L'opinione degli Assicuratori sulla T.U.N. *(Dott. Leonardo Simonelli)*

SOMMARIO 12.1. TUN e non autosufficienza: un nesso imprescindibile - 12.2. Il ruolo del mercato assicurativo e il contesto numerico

Permettetemi, innanzitutto, di ringraziare tutti voi per la "resistenza" dimostrata nel partecipare a questo convegno in un venerdì pomeriggio. Un ringraziamento particolare va ad **Aida**, al **Presidente Pontremoli**, al **Professor Frigessi**, all'**Avvocato Galantini** e all'**Avvocato Mariotti** per l'organizzazione di un confronto di così alto profilo scientifico e tecnico.

L'obiettivo del mio intervento è quello di richiamare l'attenzione su **due temi profondamente interconnessi e strategici per il comparto assicurativo**.

12.1. TUN e non autosufficienza: un nesso imprescindibile

Nel corso della mattinata abbiamo approfondito, da un lato, il ruolo centrale delle **polizze Long Term Care** e, dall'altro, la funzione sistemica del mercato assicurativo nel rispondere ai bisogni legati alla non autosufficienza. Il Direttore Generale di ANIA, **Dario Focarelli**, ha opportunamente ricordato come il settore assicurativo debba – purtroppo – recuperare circa **vent'anni di ritardo** nello sviluppo di questo tipo di prodotto.

Questi due temi sono strettamente collegati: una quota significativa delle persone non autosufficienti è costituita da soggetti che hanno subito

gravi lesioni a seguito di incidenti stradali, infortuni sul lavoro o casi di malpratica medica. Se tutti gli attori coinvolti – assicurazioni, sistema sanitario, giuristi e policy maker – compissero uno sforzo congiunto, parte del danno oggi risarcito esclusivamente in forma monetaria potrebbe essere **canalizzato verso soluzioni assistenziali strutturate**, anche tramite prodotti assicurativi vita o forme di erogazione in natura.

Spesso ci concentriamo sull'aumento esponenziale dei valori risarcitori, senza interrogarci a sufficienza sulla possibilità di **sostituire o integrare il risarcimento economico con risposte assistenziali adeguate**. Le rendite sono certamente uno strumento importante, ma presentano complessità gestionali rilevanti. In molti casi, l'erogazione in natura – ad esempio l'inserimento stabile in **residenze sanitarie assistite**, dotate di standard di servizio, assistenza e riabilitazione – potrebbe rappresentare una risposta più efficace e sostenibile.

Questo è, a mio avviso, uno dei messaggi più rilevanti che emergono oggi dal confronto sulle TUN.

12.2. Il ruolo del mercato assicurativo e il contesto numerico

Consentitemi poi di ringraziare **Vittoria Assicurazioni**, che ci ospita e che da oltre cento anni opera nel mercato nazionale con continuità e responsabilità. È un aspetto che merita di essere ricordato.

Vengo ora alle **Tabelle Uniche Nazionali**. Alla pubblicazione del decreto non abbiamo "brindato", ma lo abbiamo accolto come un possibile **passaggio decisivo verso una maggiore uniformità nella liquidazione del danno**.

Nel 2024 il mercato assicurativo ha liquidato circa **140 miliardi di euro di risarcimenti**. Questi importi si distribuiscono in tre grandi ambiti:

1) **Incidenti stradali** Ogni anno si registrano circa **173.000 incidenti**, con **260.000 soggetti lesionati** e circa **3.000 vittime mortali**. È un dato rilevante anche per chi, come il dottor Spera, si occupa degli impatti giurisprudenziali e delle possibili applicazioni

retroattive delle TUN, tema che meriterebbe un approfondimento condiviso anche in sede di Osservatorio.

2) **Infortuni sul lavoro** Si contano circa **593.000 infortuni all'anno**, con **oltre 1.000 casi mortali**, in aumento di circa l'1% annuo.
3) **Responsabilità civile sanitaria** Ogni anno si registrano circa **35.000 denunce**. Di queste, solo **la metà** giunge effettivamente sul tavolo degli assicuratori; l'altra metà viene gestita direttamente dalle strutture sanitarie, talvolta anche dai singoli professionisti.

Questo dato è cruciale, perché il sistema assicurativo si fonda sul principio della **mutualità**. Una quota rilevante di **auto ritenzione del rischio** incide profondamente sulle valutazioni attuariali, tecniche e tariffarie. Molti di questi sinistri, inoltre, sono coperti da SIR molto elevate: ciò comporta che l'impatto delle TUN – soprattutto per le macro-invalidità – ricada in modo significativo sulle compagnie, con un aumento del costo medio già strutturalmente elevato nella responsabilità civile sanitaria.

Per analizzare bene l'ambito di applicazione e prime criticità delle TUN è fondamentale ricordare che le TUN si applicano esclusivamente ai danni biologici compresi tra il 10% e il 100% di invalidità permanente. Restano quindi esclusi i sinistri mortali, che in Italia rappresentano un numero importante tra incidenti stradali, infortuni sul lavoro e nel mondo della sanità).

Questa esclusione genera una prima criticità: ogni qualvolta effettuiamo analisi economiche, tecniche o attuariali, dobbiamo tenere conto che **una parte rilevante dell'esposizione complessiva resta regolata da sistemi tabellari differenti**, come le Tabelle del Tribunale di Milano.

I punti di forza delle Tabelle Uniche Nazionali, peraltro, non possono essere trascurati. In primo luogo, esse introducono finalmente un criterio liquidativo uniforme su tutto il territorio nazionale, superando le storiche differenze legate ai singoli fori territoriali che per anni hanno generato incertezza e disomogeneità applicativa. Questo consente una maggiore prevedibilità economica degli esiti risarcitori, elemento essenziale sia per i danneggiati sia per gli operatori del mercato assicurativo, e favorisce una più stabile costruzione delle tariffe nel medio periodo. L'adozione delle TUN ha inoltre contribuito a una riduzione del contenzioso, anche grazie al più ampio ricorso a soluzioni stragiudiziali, rese possibili proprio dalla

maggiore chiarezza dei parametri di liquidazione. Infine, la riduzione dei compensi riconosciuti per l'inabilità temporanea ha agevolato la definizione dei sinistri di entità medio-bassa, consentendo una gestione più efficiente e tempestiva di una parte significativa del portafoglio sinistri

Accanto agli indubbi elementi di rafforzamento del sistema, emergono tuttavia alcune **criticità che meritano particolare attenzione**. In primo luogo, la struttura degli incrementi previsti dalle Tabelle Uniche Nazionali presenta un andamento non lineare: fino al 35% di invalidità permanente si registrano aumenti significativi dei valori risarcitori, seguiti da una contrazione di circa il 7% e da un successivo incremento che arriva fino a circa il 12% nelle ipotesi di macro-invalidità. Questa oscillazione rende più complessa la gestione e la liquidazione dei danni più gravi, incidendo in modo rilevante sulla sostenibilità tecnica ed economica dei sinistri di maggiore entità.

Un ulteriore profilo di complessità è rappresentato dal peso crescente dei **danni ulteriori rispetto al danno biologico**, ambito nel quale il contributo del medico-legale diventa determinante per una corretta valutazione complessiva del pregiudizio subito. A ciò si affianca la necessità di sviluppare **valutazioni più evolute sull'assistenza generica e specialistica**, anche in relazione all'aspettativa di vita residua del danneggiato. In questa prospettiva, un utilizzo responsabile e consapevole dell'intelligenza artificiale potrebbe offrire un supporto significativo, consentendo stime più accurate e previsioni più affidabili per gli accantonamenti relativi ai macrolesi con invalidità superiori al 60%.

Permane inoltre un forte **dualismo con i sinistri mortali**, tuttora regolati da tabelle differenti e caratterizzati da meccanismi di aggiornamento non omogenei: una situazione che complica sensibilmente le attività di proiezione attuariale e di riservazione.

Dal punto di vista operativo, infine, si riscontrano **impatti gestionali interni non trascurabili**, legati alla difficoltà di applicare criteri risarcitori diversi a fattispecie clinicamente analoghe. Si pensi, ad esempio, ai casi in cui un operatore sanitario gravemente lesionato rientri nell'ambito applicativo delle tabelle del Tribunale di Milano, mentre un paziente macroleso, a parità di menomazione, sia soggetto alle TUN.

Un ultimo profilo di particolare complessità riguarda il richiamo al concetto di **"sinistro evento" nella responsabilità sanitaria**. La combinazione tra la prescrizione decennale e la spesso difficile emersione del danno rende infatti questo aspetto particolarmente delicato sotto il profilo giuridico, tecnico e assicurativo, con ricadute rilevanti sulla certezza del perimetro di rischio.

In conclusione, le **Tabelle Uniche Nazionali** rappresentano senza dubbio un passo avanti in termini di **certezza, uniformità e prevedibilità** del risarcimento del danno. Allo stesso tempo, esse impongono al mercato assicurativo **nuove e rilevanti sfide**, soprattutto sul piano tariffario, attuariale e della gestione delle riserve.

Sfide tutt'altro che marginali, se si considera che il comparto assicurativo, nel suo ruolo di presidio della sostenibilità della responsabilità civile, **liquida ogni anno circa 140 miliardi di euro**.

Il confronto tra operatori, istituzioni e comunità scientifica resta quindi non solo auspicabile, ma necessario.